Rok XLV. Kraków 29 Września 1906. Nr 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego
oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Bakterye mleczne jako środek walki ze starością i niektóremi chorobami.

Napisał
Prof. dr Napoleon Cybulski.

Pomimo, że zakres badań biologicznych prawie z każdym dniem się rozszerza, a biologia w ostatnich paru dziesięcioleciach zrobiła imponujące postępy, pomimo, że zdołano wyjaśnić, zrozumieć, wytłómaczyć, a nawet wprost kierować całym szeregiem spraw biologicznych, zawsze pozostają jednakże pewne zagadnienia, niewątpliwie należące do zakresu biologii, których biologowie, albo wcale nie tykają, albo dotykają tylko pobieżnie, uważając je niejako za naturalne, same przez się zrozumiałe dla wszystkich. Do tej kategoryi należy między innemi starzenie się ustrojów i ich naturalna śmierć.

Nawet najwybitniejsi fizyologowie, jak n. p. Klaudyusz Bernard, wspominając o sprawie zużywania się ustrojów z wiekiem, ograniczają się niejako tylko do metafizycznego przypuszczenia, że każdy ustrój, już przychodząc na świat przynosi z sobą pewien zapas energii życiowej, który u jednych osobników może być większy, u innych mniejszy, i tem tłómaczą różnicę długości życia osobników jednego gatunku.

Inni fizyologowie, jak n. p. Beaunis, ograniczają się tylko do suchego opisu cech starości. Co do warunków, które ją wywolują, to większość uważa je za naturalne następstwo wymiany materyi i nagromadzania się w tkankach składników mineralnych. Skutkiem tej zwiększonej zawartości soli mineralnych, a w szczególności soli wapiennych wszystkie tkanki stają się z wiekiem twardsze, kości kruchsze i łatwiej łamliwe. Tętnice, również ulegają zwapnieniu, a skutkiem tego tracą swoją sprężystość; w narządach miąższowych naturalne składniki stopniowo zanikają, miejsce zaś ich zastępuje coraz bardziej jeden z najniższych składników ustroju — tkanka łączna. Wszystkie te zmiany, których następstwem jest utrata sprężystości, giętkości, siły i dzielności narządów, znamionują rzeczywiście starość i z wiekiem występują coraz wybitniej.

Do podobnego stwierdzenia cech starości ogranicza się również i medycyna, zastanawiając się bardzo mało nad warunkami, wśród których starcze zmiany w ustrojach powstają.

Jednakże już samo zbieranie faktów stwierdziło, że przynajmniej u człowieka może działać szereg przypadkowych warunków, które przyspieszają rozwój zmian starczych wogóle, lub w pewnych tylko narządach. Tak pewne zatrucia w szczególności przewlekłe (cynk, ołów, fosfor), pewne choroby zakaźne (n. p. kiła), niektóre środki odurzające, jak n. p. wyskok, morfina, makowiec, mogą już w młodym wieku wywoływać rozwój zmian starczych, które bez tych czynników rozwijają się tylko w wieku znacznie późniejszym.

Słowem stwierdzono w sposób niewątpliwy, że pewne zatrucia ustroju mogą przyspieszać zmiany starcze, wywoływać nawet zgrzybiałość, która z kolei pociąga za sobą wcześniejszą śmierć ustroju.

Zrozumiałą więc jest wcale rzeczą, że te fakta musiały nasunąć wątpliwości, czy tak zw. naturalna starość jest w rzeczywistości naturalną i czy jej również nie wywołują, zamiast właściwości normalnego życia składników naszego ustroju, jakieś czynniki, działające na ustrój z zewnątrz. Słowem nasuwały się wątpliwości, czy wiek, do którego dożywają zwierzęta i ludzie, jest ich wiekiem naturalnym, oraz, czy śmierć ustrojów jest koniecznością natury, czy też wynikiem przypadku. W rzeczy samej, badacze niższych ustrojów, t. zw. istot jednokomórkowych, stwierdzają, że śmierć nie jest bynajmniej cechą każdej żyjącej materyi. Istnieją całe szeregi istot żyjących zwierzęcego lub roślinnego świata, wśród których śmierci, jako naturalnego zakończenia żywota, stwierdzić nie można; przeciwnie wszystkie spostrzeżenia zmuszają przyjąć, że u tych istot, napotykamy nieprzerwalnosć życia. Istoty takie, żyjące jako osobniki samodzielne, w pewnych chwilach i wśród odpowiednich warunków, wytwarzają nowe pokolenia w ten sposób, że istota macierzysta dzieli się na dwie lub na szereg nowych istot, zdolnych również do samodzielnego życia i podobnych w zupełności do osobnika macierzystego. „Nie możemy tam mówić o śmierci“, jak powiada Weissman, „gdzie nie ma trupa“. Tu istotnie ustrój macierzysty nie zamarł, lecz przeciwnie tylko się przekształcił w dwie nowe żyjące istoty. Nowe pokolenia w odpowiednich warunkach przekształcają się w pokolenia następne i tak do nieskończoności. Wprawdzie są wśród nich takie, u których po szeregu pokoleń znika zdolność do dalszego rozwoju, lecz w tych przypadkach, gdy taki ustrój zlewa się z innym podobnym ustrojem i w ten sposób utworzy na jakiś czas nową istotę, nabywa on napowrót zdolności do dalszego podziału, do dalszego tworzenia nowych pokoleń. Podobne zjawisko stwierdzamy właściwie u wszystkich bez wyjątku roślin i zwierząt w ich tak zw. elementach rozrodczych. Widzimy więc, że pojęcie życia nie wymaga wcale pojęcia śmierci. Te niższe ustroje, jak również elementa rozrodcze wyższych ustrojów mogą marnieć, ginąć, jednak nie z powodu własnej natury,

lecz tylko wyłącznie z powodu warunków zewnętrznych. Jedne giną w walce o byt, pożerane przez inne, drugie dlatego, że się znajdują w warunkach nieodpowiednich dla ich życia, n. p. w zbyt wysokiej ciepłocie lub w środowiskach o składzie chemicznym, dla nich zabójczym.

Elementa rozrodcze ustrojów wyższych marnieją wtedy, gdy się znajdują w warunkach, w których ich dalszy rozwój jest niemożliwy. We wszystkich tych przypadkach niewątpliwie następuje śmierć pewnych żyjących ustrojów, jest to jednakże śmierć nienaturalna, gwałtowna, wywołana tylko przez czynniki zewnętrzne. (C. d. n.)

Z Zakładu szczepień przeciw wodowstrętowi prof. O. Bujwida w Krakowie.

Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie.

(Część trzecia.)

Napisał

R. Nitsch

asystent Zakładu higieny Uniw. Jag.

(Dokończenie.)

Jak już opisano w pierwszej części, trwało dawniej leczenie w krakowskim Zakładzie 10 dni, tylko osoby ciężko pokąsane szczepiono przez 12, a wyjątkowo 14 dni. Od początku r. 1905 przedłużono czas leczenia o 2 dni, tak że tylko osoby pokąsane bardzo lekko i przez ubranie leczono przez 10 dni — zresztą wszystkich 12—14 dni, a osoby pokąsane w twarz 16 dni. Przytem szczepiono zawsze dwa razy dziennie. Używaliśmy też zawsze gęstych, a czasem nawet bardzo gęstych zawiesin. Mianowicie na jednę szczepionkę dla jednej osoby używaliśmy średnio 0,1—0,15 gr. rdzenia 4 do 1-dniowego. Tę dawkę rozcierano w 2 cm^3 fizyologicznego rozczynu soli i wstrzykiwano podskórnie. Ponieważ zatem każdy z pokąsanych szczepiony był przynajmniej 20 razy, otrzymywał każdy średnio $2^1/_2$ gr rdzenia. Pokąsani w głowę dostawali przynajmniej 3 gramy: zapewne jednak więcej, aż do 4 gramów. Dla porównania należy tu zauważyć, że cały świeży rdzeń królika średniej wielkości (n. p. ważącego 2500 gramów) waży 4,4—4,5 gr., po 2 zaś dniach wysuszania nad ługiem potasowym w ciepłocie pokojowej spada jego waga o połowę.

W ten sposób zatem szczepiliśmy dawniej i także w r. 1905 aż do owego drugiego przypadku śmierci z początkiem kwietnia. Jak już wspomniano, i po tym smutnym wypadku nie zaprzestaliśmy tych energicznych szczepień: przeciwnie z czasem poszliśmy jeszcze dalej.

Mianowicie z początkiem maja 1905 zgłosiło się do Zakładu wielu pokąsanych tak, że zaczęło nam brakować starszych rdzeni i byliśmy zmuszeni już od początku stosować rdzenie 2 i 1-dniowe. Ponieważ wyniki wydawały się pomyślne, szczepiliśmy także i później tylko 2 i 1-dniowymi rdzeniami, chociaż nie zmuszał nas już do tego brak starszych rdzeni. Przytem używaliśmy równie gęstych zawiesin, jak dawniej.

A zatem ten sposób szczepienia wyłącznie 2 i 1-dniowymi rdzeniami trwał w krakowskim Zakładzie od pierwszych dni maja aż do końca r. 1905.

Niestety jednak nie uwolniło nas to od dalszych przypadków śmierci. Dnia 22 czerwca zgłosił się do Zakładu 45-letni chłop, F. W., pokąsany przez wściekłego psa (kategorya B) przed 4 dniami (18/VI). Rana na ręku dość ciężka. Szczepiono go 2 i 1-dniowymi rdzeniami przez 12 dni, poczem wrócił do domu. Dopiero w październiku zawiadomiono nas urzędownie, że człowiek ten zmarł na wściekliznę 17/VII, t. j. w 13 dni po ukończeniu leczenia, a w 29 dni po ukąszeniu. Kiedy się choroba rozpoczęła i jak przebiegała, wiadomości nie otrzymaliśmy. Był to zatem trzeci przypadek śmierci na wściekliznę w r. 1905 i znowu po ukąszeniu w rękę. Był zatem także stosunkowo słabo szczepiony.

I tak do końca października 1905 nie straciliśmy żadnego z ludzi, pokąsanych w głowę i szczepionych nową metodą. A metody tej używaliśmy od $1^1/_2$ roku i właśnie najenergiczniej u tych, którzy byli pokąsani w głowę. Od $1^1/_2$ roku wszystkie przypadki śmierci na wściekliznę w Zakładzie prof. Bujwida zdarzały się u ludzi pokąsanych w rękę, a zatem szczepionych stosunkowo słabo. Na tej podstawie przypuszczaliśmy, że znajdujemy się na dobrej drodze i że powinniśmy pokąsanych w rękę szczepić jeszcze energiczniej.

Wnet jednak miał nas i tutaj spotkać zawód.

Dnia 4 listopada przywieziono do Zakładu 7-letnią dziewczynkę A. K. z Krościenka. Dzień przedtem pokąsał ją wściekły pies (kategorya B) w twarz i w rękę. Znaleźliśmy: Na górnej powiece lewego oka i pod lewem okiem dwie dość głębokie rany. Na czole kilka ran powierzchownych 4—6 cm. długich, które wszystkie miały silnie krwawić i były zadane w gołe ciało. Na grzbiecie lewej ręki kilka zdarć naskórka, zębami psa w gołe ciało zadanych. Ran nie przypalano; założono tylko przeciwgnilny opatrunek.

Dziewczynkę tę szczepiono aż do 19/XI energicznie; tego samego dnia odjechała do domu. W końcu listopada otrzymał prof. Bujwid z Krościenka od dra Hammerschlaga list następujący:

„Pozwalam sobie donieść, że dziewczynka 7-letnia A. K., pokąsana przez psa wściekłego i leczona w zakładzie JWP. Profesora zmarła wczoraj po zaledwie jednodniowej chorobie. Zrana 24 b. m. nagle bez widocznego okresu wstępnego, doznała silnego bólu głowy z gorączką. Stwierdziłem u niej zaraz 38° ciepłoty, tętno nitkowate, około 150. Porażenie mięśni gałkowych oka lewego (zez wewnętrzny oka lewego). Połykanie było może cokolwiek utrudnione, źrenice zwężone, leniwie oddziaływujące. Drgawek ani porażeń na twarzy, kończynach nie stwierdziłem. Wogóle obraz chorobowy nie był typowy, trudno jednak przypuścić i rozpoznać chorobę inną *(mening basil.)*. Zmarła podobno o 8 wieczór“.

Dziecko to zmarło więc w 5 dni po ukończeniu leczenia, a w 22 dni po ukąszeniu. Był to więc przypadek, gdzie osoba w twarz ukąszona zmarła pomimo bardzo energicznych szczepień. Był to też w Zakładzie prof. Bujwida w r. 1905 ostatni przypadek śmierci na wściekliznę pomimo leczenia.

Należy tu jednak wspomnieć jeszcze o jednym przypadku, który nas swojego czasu również bardzo zaniepokoił. Dnia 20 czerwca zgłosiła się do Zakładu 58-letnia kobieta z Gorlic, R. G., pokąsana przed 3 dniami w nogę przez wściekłego psa (kategorya B). Stwierdzono u niej: Na grzbiecie i na podeszwie prawej stopy 5 małych ranek, nieznacznej głębokości. Cała stopa dość znacznie zaczerwieniona, lekko obrzękła i bolesna. Rany miały obficie krwawić, były

zadane przez obuwie i zostały przez lekarza jodoformem zasypane. Kobieta pokąsana była dość dobrej tuszy i miała na twarzy i palcach wyraźną sinicę. Szczepiono ją, jak zwykle, przez 12 dni. Rany na nodze nie chciały się jednak goić i z końcem leczenia były mniej więcej w tym samym stanie, jak na początku, ale nie wyglądały szczególnie źle. W tym stanie odjechała owa kobieta dnia 2/VII do domu. W jakiś czas potem przybył do Zakładu jej krewny i oświadczył, że zmarła ona dnia 7/VII według określenia lekarzy na „zakażenie krwi". Dotychczas też nie otrzymaliśmy urzędowej wiadomości o jej śmierci, coby się prawdopodobnie stało, gdyby chora umarła na wściekliznę. O wszystkich 4 przypadkach śmierci na wściekliznę, omówionych powyżej, zawiadamiano zawsze Zakład drogą urzędową. Tak więc przyjęliśmy ostatecznie, że kobieta owa nie zmarła na wściekliznę.

Tak zatem z osób, szczepionych w r. 1905, zmarły 4 osoby na wściekliznę t. j. 0,5%, albowiem szczepiliśmy 800 osób. Z pośród zmarłych przybyły 2 osoby bardzo późno do leczenia. Jeżeli zwrócimy uwagę na tę okoliczność, to zobaczymy, że w r. 1905 przybyło do Zakładu 98 osób dopiero 10. dnia po ukąszeniu albo później. Z tych zmarły 2 osoby, t. j. około 2%. Natomiast 702 ludzi przybyło aż do 9. dnia włącznie po ukąszeniu do Zakładu: z nich zmarły również 2 osoby, t. j. 0,28%. Widzimy zatem, że w Galicyi jeszcze dużo czasu przechodzi, zanim pokąsani do leczenia się zgłoszą: w r. 1905 każdy ósmy pokąsany przybywał dopiero 10. dnia lub później.

Pokąsanych w głowę lub w twarz leczono w r. 1905 44: z nich jedna osoba zmarła. Ale także w dwóch poprzednich latach leczono wzmocnioną metodą przez kilkanaście miesięcy kilkaset osób. Z pośród nich było 41 ludzi pokąsanych w głowę. Razem więc było 85 osób pokąsanych w głowę, a leczonych nową metodą: z nich umarła 1 osoba t. j. 1,18%.

Natomiast w tym samym czasie leczono nową metodą 1,339 osób (800+624—85), które nie były pokąsane w twarz, ani w głowę. Z tych zmarło 5 osób (właściwie tylko 4), t. j. 0,37%.

Razem zatem zmarło z pośród 1,424 osób, szczepionych nową metodą, 6 osób (właściwie 5 bez owej kobiety K. G.), t. j. 0,42% (0,35%).

Przytem zasługuje w każdym razie na baczną uwagę to, że z pośród owych 5 zmarłych osób u żadnej nie wybuchła wścieklizna później, jak we 2 tygodnie po opuszczeniu Zakładu. I w tem zjawisku pewien postęp może także przypadkowym nie jest. Tak n. p. zaczęła się choroba u dziewczynki Z. K., leczonej w r. 1904, dopiero w 12 dni po ukończeniu leczenia, a śmierć nastąpiła po 5-dniowej chorobie, t. j. w 17 dni po skończeniu leczenia. Z. K. była jednak jeszcze nieco słabiej szczepiona, aniżeli osoby, pokąsane w r. 1905. Z tych zaś zmarła tylka jedna (F. W.) dopiero w 13 dni po ukończeniu leczenia; 3 inne osoby zmarły już w 3—5 dni potem.

Oczywiście, że postęp taki, w którym śmierć po pewnej metodzie leczniczej wcześniej następuje, aniżeli po innych, wygląda bardzo podejrzanie. Jak wiadomo, polega jednak działanie metody Pasteurowskiej na zapobieganiu tym przypadkom wścieklizny, w których choroba wybucha stosunkowo późno po ukąszeniu. Natomiast metoda ta jest mniej więcej bezsilną wobec tych przypadków, w których choroba poczyna się w przeciągu miesiąca po ukąszeniu. Zaś z osób zmarłych u nas po zastosowaniu metody energicznej, wszystkie 5 zmarły w przeciągu miesiąca po ukąszeniu: oprócz nich nie zmarł na wściekliznę **ani jeden pokąsany**, który nie przerwał samowolnie leczenia.

Dalej znaną jest rzeczą, że według zwyczaju, panującego w Zakładach Pasteurowskich, zalicza się na karb statystyki tylko te przypadki, w których pierwsze objawy choroby występują później, aniżeli w 2 tygodnie po ukończeniu szczepień. A przytem leczy się pokąsanych w wielu zakładach przez 3—4 tygodni. Gdybyśmy zatem chcieli i naszą statystykę obliczać według tego zwyczaju, to **nie mielibyśmy ani jednego przypadku śmierci na wściekliznę na przeszło 1400 leczonych osób.** Co do mnie, to nie znam żadnej statystyki, którаby mogła się poszczycić podobnym wynikiem.

Uważam jednak ten rodzaj statystyki tylko za oszukiwanie siebie samego, jak to już i w pierwszej części tych uwag zaznaczyłem [3]), umierającym na wściekliznę i ich rodzinom jest ostatecznie obojętne, czy śmierć ich następuje w 10. czy w 30 dni po ukończeniu leczenia; o jednem jednak dobrze wiedzą, a mianowicie o tem, że umierają **pomimo** leczenia. Według mnie tylko te przypadki są zgubione bez ratunku, w których pierwsze objawy choroby występują **najpóźniej w 10 dni po rozpoczęciu leczenia**, a zatem tylko takie przypadki ma się prawo opuszczać w obliczaniu śmiertelności.

Dla łatwiejszego przeglądu zestawiam przypadki śmierci na wściekliznę zaszłe w Zakładzie prof. **Bujwida** po zastosowaniu energicznej metody w osobnej tablicy (VIII).

Ten wynik stwierdza, że za wielkie nadzieje pokładaliśmy (jeszcze w pierwszej części tych uwag) w szczepieniu świeżymi rdzeniami. Albowiem już teraz można twierdzić, że choćby szczepiono nawet zupełnie świeżymi rdzeniami, to nie zdołanoby jednak stłumić zupełnie śmiertelności na wściekliznę osób pokąsanych. Jakkolwiek bowiem używaliśmy rdzeni zupełnie świeżych tylko wyjątkowo (nie więcej jak 3—4 razy), to jednak od maja szczepiliśmy wyłącznie 2 i 1-dniowymi rdzeniami. A rdzenie 1-dniowe nie różnią się wiele od całkiem świeżych w stopniu wysuszenia, a więc (prawdopodobnie) i w zakaźności. Dlatego też trzeba przypuścić, że szczepienie zupełnie świeżymi rdzeniami nie dałoby wyniku znacznie lepszego od powyższego. Trzeba zwrócić się ku innym sposobom, próbowanym już przez niektórych autorów, a mianowicie ku połączeniu leczenia surowicą i zarazkiem stałym.

Ta metoda zyskuje sobie coraz więcej zwolenników

---

[3]) Za przykład tego może służyć świeżo ogłoszona statystyka Zakładu w Budapeszcie („Cent. f. Bak." Ref. tom 38 (1906), str. 257.). Autor (dr August v. **Székely**) liczy tam 117 zmarłych na 24,883 leczonych (od r. 1890) — jakkolwiek oprócz tych 117 zmarło jeszcze 147 przed 15 dniem po ukończeniu lub podczas szczepień, trwających tam 13—19 dni. Równocześnie chwali autor metodę szczepień **Högyesa**, polegającą, jak wiadomo, na szczepieniu świeżych, ale bardzo rozcieńczonych rdzeni (od rozcieńczeń $^{1}/_{10000}$ do $^{1}/_{100}$). Oblicza, że statystyka tej metody („Dilutionsmetode") od r. 1895 zawiera na 21.339 leczonych tylko 62 zmarłych, t. j. 0·29%. Ale oprócz tych 62 osób zmarło tam jeszcze od r. 1895 osób 116 przed 15 dniem po ukończeniu leczenia. W tem oświetleniu traci ta statystyka znacznie na wartości i jest właśnie przykładem oszukiwania siebie samego. Według mnie mogliby kierownicy zakładu w Budapeszcie oszczędzić sobie pracy troskliwego rozcieńczania rdzeni i ścisłego ich dawkowania.

Tablica VIII.

Liczba bieżąca	Rok	Imię, nazwisko i płeć pokąsanej osoby	Wiek	Zwierzę kąsające i kategorya wedle Pasteura	Siedziba rany	W gołe ciało, czy przez ubranie	Opatrzenie rany po ukąszeniu	Leczenie rozpoczęto po ukąszeniu w dni	Leczenie trwało dni	Wybuch choroby w dni		Śmierć w dni		Uwagi
										po ukąszeniu	po skończeniu leczen.	po ukąszeniu	po skończeniu leczen.	
1	1904	K. G. k.	65	pies (?)	ręka	w gołe ciało	opatrunek antyseptycz.	5	8	77	64	80	67	Nr 1 opuściła zakład pomimo upomnień w 8. dniu leczenia: nie była wcale szczepiona 1-dniowymi rdzeniami i dlatego nie może obciążać naszej statystyki.
2	„	Z. K. k.	11	pies B	„	„	wypalono lapisem	3	9	24	12	29	17	
3	1905	W. S. m.	11	pies (?)	„	„	?	12	12	25	1	28	4	
4	„	T. B. k.	36	pies B	„	„	?	16	12	28	0	31	3	
5	„	F. W. m.	45	pies B	„	„	opatrunek antyseptycz.	4	12	?	?	29	13	
6	„	A. K. k.	7	pies B	ręka i twarz	„	„	1	16	21	4	22	5	

i z każdym rokiem przybywa prac, nią wykonanych. N. p. wyniki, jakie Babes osiągnął tą drogą, zasługują na baczną uwagę[4]). Używał on przy leczeniu pokąsań, zadanych przez wilki, naprzód zwyczajnej metody Pasteura; potem przeszedł do metody znacznie energiczniejszej (II okres jego doświadczeń). Szczepił pokąsanych już 2. lub 3. dnia leczenia rdzeniem 1-dniowym, zaczynając jednak od 12-dniowego (4—6 szczepień na dzień: leczenie trwało dni 30: w ostatnich dniach szczepił jednak tylko raz na dzień). „W niektórych przypadkach otrzymywali pokąsani w 3. lub 4. dniu nadto jedną dawkę świeżego rdzenia“. Z pośród 116 ludzi tak leczonych zmarło 19: u 8 z nich wystąpiła choroba już w 3 tygodniu po ukąszeniu; u jednego w 5 tygodniu. Reszta 10 zgłosiła się do leczenia dopiero później, niż po 10 dniach od ukąszenia. U tych wystąpiła wścieklizna po 30 dniach po ukąszeniu.

Ponieważ zatem to leczenie energiczną metodą nie dało Babesowi dobrych wyników, przeszedł on zatem do połączenia tej metody ze wstrzykiwaniem surowicy. Szczegóły są omówione w jego pracy. Tu wystarczy powtórzyć tylko wyniki Babesa: „Tutaj“ (w VI okresie jego doświadczeń) „szczepiliśmy już 1. lub 2. dnia najjadowitszym materyałem, który wzmacnialiśmy prócz tego obfitą ilością silnych chemicznych substancyi. Równocześnie szczepiono surowicę i to oddzielnie od zarazka stałego, aby ona zadziałać mogła na zarazek uliczny. Ta metoda nie zawiodła nas na 16 przypadków ani razu (t. j. nie było ani jednego zachorowania po 5 tygodniu), również nie było żadnego przypadku choroby w 5 tygodniu i tylko jeden wybuch choroby w 3. tygodniu (l. c. str. 200).

W Zakładzie prof. Bujwida również nie mieliśmy, na przeszło 1,400 przypadków, leczonych energiczną metodą i z których 5 zakończyło się śmiercią na wściekliznę, ani jednego, gdzieby choroba wybuchła dopiero w 5. tygodniu po ukąszeniu albo później: nie zdarzyło się to nawet u tych osób, które dopiero po 10 dniach lub później do leczenia się zgłosiły. Mieliśmy tylko 1 przypadek, w którym wścieklizna wystąpiła w ostatnim dniu czwartego tygodnia (28. dnia po ukąszeniu). Jednak to porównanie nie uprawnia do żadnych wniosków, bo, — jak wiadomo, — są pokąsania przez wilki znacznie niebezpieczniejsze od innych. Jedno tylko wynika z tego, a mianowicie to, że Babes dowiódł, iż i energiczna metoda Pasteurowska jest mniej skuteczną, aniżeli połączenie tej metody z leczeniem surowicą.

W tej połączonej metodzie leczniczej należałoby omówić jeszcze jeden punkt. Mianowicie o ile mi wiadomo, używają wszyscy autorowie, którzy się nią dotąd posługiwali, zarazka stałego w postaci rdzenia króliczego w połączeniu z wysokowartościową surowicą. Jednakże, jakto powiodło mi się na innem miejscu[5]) udowodnić, jest kora mózgowa i wogóle szara substancya mózgu królików, zabitych w ostatnich godzinach życia po zakażeniu stałym zarazkiem, około 50 razy jadowitsza od rdzenia. Jeżeli przeto rozporządzamy wysokowartościową surowicą, to należałoby ją łączyć lub mięszać nie z rdzeniem, ale ze szarą substancyą mózgu, albowiem to nie może być obojętne. Jak wiadomo — według nowszych zapatrywań — dla uzyskania czynnej odporności są znacznie skuteczniejsze bakterye jadowite *(virulent)*, aniżeli mało jadowite. Chociaż zatem zarazek wścieklizny nie należy prawdopodobnie do bakteryi, to jednak, zdaje się, że to zapatrywanie i tu ma swoją wagę.

Chociaż należę do najgorliwszych obrońców zdania, że świeży stały zarazek z rdzenia jest dla człowieka przy podskórnem zaszczepieniu nieszkodliwy, — to jednak nie odważyłbym się zaszczepić człowieka podskórnie świeżą szarą substancyą mózgową. Jeżeli jednak posiadamy wysokowartościową surowicę, to możnaby to chyba bez obawy uczynić i możnaby też mieć nadzieję, że to połączenie: szara substancya + surowica odda nam lepsze usługi, aniżeli metody dotychczasowe. I tak zbliżylibyśmy się znowu o kilka kroków do ideału.

Dotychczas opisaliśmy zatem sposób leczenia w Zakładzie prof. Bujwida w 3 ostatnich latach — potem omówiliśmy statystykę zakładu w tym czasie i przypadki śmierci. Widzieliśmy, że statystyka tych energicznych szczepień nie jest złą (na przeszło 1,400 szczepionych 0·35 $^0/_0$ śmierci). Jeżelibyśmy zaś ułożyli tę statystykę według zwyczaju, przyjętego w zakładach i opuścili wypadki zapadnięcia na wście-

[4]) V. Babes: „Ueber die Behandlung vom 300 von wütenden Wölfen gebissenen Personen im Bukarester pathologisch-bakteriologischen Institute“. („Zeitschr. f. Hygiene 1904, tom 47, pag. 179).

[5]) „Doświadczenia z jadem laboratoryjnym (virus fixe) wścieklizny“. II i III część. Rozprawy krakowskiej Akademii Umiejętności. 1904 i 1905.

kliznę przed 15 dniem po ukończeniu leczenia, to statystyka nasza byłaby nawet najlepszą ze wszystkich, dotąd gdziekolwiek zebranych. Jednak koniecznie należy tutaj jeszcze jeden punkt dokładnie omówić. Chodzi mianowicie o to, czy nasze szczepienia nie zaszkodziły leczonym, głównie zaś, czy nie zaszkodziły tym, którzy potem zmarli lub też czy przynajmniej nie przyspieszyły u nich wybuchu choroby?

Co się tyczy pierwszego pytania, to należy zaraz odpowiedzieć, że do dnia dzisiejszego nie otrzymaliśmy żadnej wiadomości o szkodliwym wpływie tych szczepień na zdrowie osób leczonych. A u 1,000 z nich upłynął już przeszło rok od tego czasu Jak też opisano w części pierwszej, zaszczepiłem sobie przed $2^1/_2$ laty zupełnie świeży rdzeń królika, padłego na wściekliznę stałą, pod skórę bez żadnych złych następstw. Osoby zaś, u nas leczone, dostawały jako najsilniejszy tylko 1-dniowy rdzeń. Co się więc tej sprawy tyczy, można być zupełnie spokojnym.

Należy odpowiedzieć tylko na drugie pytanie: Czy nasze szczepienia nie zaszkodziły 5 osobom, które potem zmarły? albo też, czy nie przyspieszyły one ich śmierci? Oczywiście, że pytania te rozstrząsaliśmy żywo, szczególnie po drugim przypadku śmierci w r. 1905. Prof. Bujwid i dr Eisenberg poruszyli wtedy przypuszczenie, że w niektórych bardzo ciężkich albo spóźnionych przypadkach może powstawać wskutek energicznych szczepień 2 i 1-dniowymi rdzeniami działanie zbiorowe (kumulacya) obu jadów (ulicznego i stałego). To mogłoby wpływać na przyspieszenie, a czasem może nawet na wywołanie zejścia śmiertelnego.

Dzisiaj tej możliwości zaprzeczyć całkiem stanowczo nie można, chociaż nie opiera się ona na żadnych faktach, a jest tylko czysto teoretycznem przypuszczeniem. Jednak aby odpowiedzieć na nasze drugie pytanie i aby rozjaśnić wątpliwości, podniesione przez prof. Bujwida i dra Eisenberga:

1) porównajmy naszą statystykę energicznych szczepień ze statystykami innych zakładów,

2) zbadajmy, czy takie przypadki wczesnej śmierci po skończeniu leczenia nie zdarzały się również w innych zakładach, gdzie używano znacznie łagodniejszej metody.

Ad 1). Porównajmy wyniki szczepień według metody energicznej z dotychczasowymi wynikami Zakładu prof. Bujwida w Krakowie i to od chwili założenia tego Zakładu przez prof Bujwida w r. 1893 aż do zastosowania naszej metody wzmocnionej. To porównanie rozumie się samo przez się Prócz tego użyjmy do porównania wyników zakładów w Paryżu i w Warszawie. Zakłady te wybrano dlatego, że są bardzo licznie odwiedzane, a w naszem porównaniu chodzi o wielkie liczby. Prócz tego był zakład paryski źródłem, z którego wypłynęły wszystkie inne i prawdopodobnie w nim metoda Pasteurowska zachowała się w najczystszej postaci. Zakład warszawski znowu — założony również przez prof. Bujwida w r. 1886 — pracuje wogóle w tych samych warunkach, co krakowski.

Wyniki zestawiono w osobnej tablicy. Dane do porównań czerpano z tych samych źródeł, jak do zestawienia tablic I—IV w części drugiej. Te tablice będą nam również i w tej części potrzebne.

Do porównania użyto wszystkich przypadków śmierci, w których choroba wybuchła później, niż 10. dnia po rozpoczęciu leczenia. Raz dlatego, że u nas trwało leczenie tylko 10—16 dni, a my zaliczamy wszystkie przypadki śmierci, — po drugie zaś dlatego, że z niektórych doświadczeń Pasteura i Bardacha na psach można przypuszczać, że tylko takie przypadki są stracone bez ratunku, w których leczenie zaczęto później, niż w 7—10 dni po dostaniu się zarazka ulicznego do ośrodkowego układu nerwowego[6]).

Dlatego oczywiście w naszej tablicy jest śmiertelność wyższą, aniżeli ją podają kierownicy tych zakładów w swoich sprawozdaniach, bo zaliczają oni zwykle tylko te przypadki, w których choroba rozpoczęła się później, niż w 15 dni po ukończeniu leczenia. Zakład warszawski podaje też przypadki śmierci po ukąszeniu przez wilki. Tych przypadków w naszem porównaniu nie umieszczono i wogóle odliczono wszystkie przypadki pokąsania przez wilki (Tabl. IX).

Z tego porównania widzimy, że wyniki metody wzmocnionej nie są gorsze, aniżeli wyniki metody zwykłej. Możnaby nawet powiedzieć, że są lepsze, gdyby liczba osób szczepionych była kilka razy większą: albowiem jest tu tylko 0·42% a raczej 0·35% śmierci. Pamiętać bowiem należy, że mielibyśmy wszelkie prawo jednego przypadku śmierci nie liczyć. Natomiast w paryskim zakładzie było 0·56% śmiertelności; w warszawskim 0·475%, a w krakowskim 1·05%. Jeżeli porównamy statystyki każdego roku z osobna z naszymi wynikami, to się okaże, że od wyniku naszego, t. j. 0·42% śmierci, był wynik w paryskim zakładzie na 8 lat tylko dwa razy lepszym; w warszawskim zakładzie na 10 lat również tylko dwa razy; w krakowskim wreszcie na 9 lat również tylko dwa razy.

Wogóle jest nasz wynik przeszło dwa razy lepszy, aniżeli dotychczasowy ogólny wynik w krakowskim zakładzie, co dlatego jest ważne, że czas leczenia w tym Zakładzie według dawnej i według nowej metody był mniej więcej równy.

Zdaniem mojem można na podstawie naszego zestawienia wysnuć następujący wniosek: **Metoda energiczna czyli wzmocniona daje nieco lepsze wyniki, aniżeli metody dotąd używane.**

Należy tu zwrócić uwagę, że zastanowienia godny jest wynik warszawskiego Zakładu w ostatnich dwóch latach. Znajdujemy tam tylko 0·24 i 0·28% śmiertelności: wynik — o ile mi wiadomo, — w żadnym zakładzie dotąd nie osiągnięty. W tych 2 latach, jak widać ze sprawozdania, ogłoszonego w „Medycynie“, metoda szczepienia i czas trwania leczenia nie różniły się od metody i czasu leczenia w latach poprzednich, a mimo to jest statystyka przeszło dwa razy lepszą. Jak wiadomo, był rok 1904 rokiem wojny i ciągłych zaburzeń w Królestwie; bardzo wielu lekarzy powołano stamtąd na Daleki Wschód: może być, że Zakład warszawski nie otrzymał wskutek tego wiadomości o jednym lub drugim przypadku śmierci na wściekliznę. Jednak co do roku 1903 trudniej już to przypuścić.

Przejdźmy obecnie do drugiego punktu naszych rozważań. Mianowicie, jeżeli statystyka szczepień energicznych jest wogóle nieco lepsza, aniżeli statystyka szczepień zwyczajnych, to energiczne szczepienia mogłyby jednak przez to szkodzić, że w niektórych rozpaczliwych przypadkach przyspieszałyby zejście śmiertelne. Porównajmy z tego sta-

---

[6]) „Lettre de M. Pasteur sur la rage“. Ann. Past. 1887. pag. 6. Bardach: „Sur la vaccination intensive“ etc. Ibidem. pag. 84.

nowiska naszą statystykę z wynikami innych, już wspomnianych zakładów. Przedtem należy jednak rozważyć, w jaki sposób należy porównywać owe statystyki.

Możnaby mianowicie obliczyć n. p. liczbę osób wogóle zmarłych pomimo leczenia i potem n. p. odsetkowo oznaczyć, u ilu z tych osób wybuchła wścieklizna najpóźniej w dwa

Tablica IX.

Miejsce i metoda używana	Rok	Liczba osób leczonych	Liczba osób zmarłych na wściekliznę pomimo leczenia	% zmarłych	Razem	Uwagi
Paryż. Zwyczajna metoda Pasteura, około 18 dni (3 tygodnie?)	1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904	1521 1465 1614 1420 1321 1106 630 757	8 6 10 11 8 3 4 5	0·53 0·41 0·62 0·77 0·60 0·27 0·63 0·66	9834 leczonych, 55 zmarłych, t. j. 0·56%.	
Warszawa. dtto 3—4 tygodni.	1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904	667 915 924 951 917 909 1150 1161 1230 1070	3 4 5 5 4 8 6 6 3 3	0·45 0·44 0·54 0·53 0·44 0·88 0·52 0·52 0·24 0·28	9894 leczonych, 47 zmarłych, t. j. 0·475%.	Co do statystyki tego Zakładu w latach 1903 i 1904 obacz dalej w tekście.
Kraków. dtto lecz tylko 8—14 dni (przeważnie 10).	1893—1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903—1904	143 146 160 277 320 400 647 500 548	2 0 4 3 2 5 2 9 6	1·40 0 2·50 1·08 0·60 1·25 0·31 1·80 1·09	3141 leczonych, 33 zmarłych, t. j. 1·05%.	Gorszą statystykę Zakładu krakowskiego, aniżeli Zakładów w Paryżu i w Warszawie, można wytłómaczyć tylko znacznie krótszym czasem leczenia. Średnio szczepi prof. Bujwid dwa razy krócej, niż inne Zakłady.
Kraków. Metoda wzmocniona. 10—16 dni.	1903—1904 1905	624 800	2 4	0·32 0·50	1424 leczonych, 6 zmarłych, t. j. 0·42%, właściwie tylko 5 zmarłych, t. j. 0·35%.	

Tablica X.

Miejsce i czas	Stosowana metoda Pasteurowska	Liczba osób szczepionych	Liczba osób zmarłych najpóźniej 31 dnia po ukąszeniu, a szczepionych przynajmniej 9 dni przed wystąpieniem objawów choroby.	Ta sama liczba w % osób leczonych	Uwagi
Paryż 1897—1904	zwyczajna 14—21 dni	9834	19	0·19	Prócz tego zmarła w r. 1900 jedna osoba w 28 dni po ukąszeniu, jednak pierwsze objawy wystąpiły u niej już w 2-gim dniu leczenia.
Warszawa 1895—1904	j. w. 12—30 dni 2—3×dzien.	9894	15	0·15	Prócz tego o 2 osobach (w roku 1899 i 1901) nie wiadomo, kiedy zmarły.
Kraków 1893—1904	j. w. 8—14 dni 2—3×dzien	3141	9	0·29	Prócz tego zmarła w r. 1902 jedna osoba w 24 dni po ukąszeniu (po 6-dniowej chorobie). Pierwsze objawy wystąpiły u niej już w 5 dniu leczenia.
Kraków 1903—1905	wzmocniona czyli energiczna 10—16 dni 2—3×dzien.	1424	5	0·35	

tygodnie po ukończeniu leczenia. Wtedy nasza energiczna metoda dałaby 100% takich przypadków, bośmy przecież właściwie nie mieli ani jednego przypadku, gdzieby wścieklizna wybuchnęła później, niż w 2 tygodnie po naszem leczeniu. Na tej podstawie trzebaby dojść do przekonania, że metodę wzmocnioną należy zupełnie zarzucić, albowiem przyspiesza ona zejście śmiertelne. Wniosek ten byłby jednak nieusprawiedliwiony: albowiem, jak mnie się wydaje, uważać należy raczej za korzyść tej metody i za postęp w leczeniu to, że metoda owa zapobiega późnemu wybuchowi wścieklizny, a zawodzi jedynie w przypadkach wczesnego wybuchu choroby.

Dalej możnaby n. p. z liczby wogóle leczonych oznaczyć odsetkowo liczbę osób, u których wścieklizna wybuchła najpóźniej w 15 dni po ukończeniu kuracyi. To byłoby już, — według mego zdania, — o wiele słuszniej. Jednak i tą drogą nie pójdziemy, albowiem czas leczenia waha się w różnych zakładach od 10—30 dni; również w sprawozdaniach często nie podano, kiedy wścieklizna wybuchła: natomiast prawie zawsze podano dokładnie dzień śmierci.

W naszem porównaniu oznaczymy zatem odsetkowo z liczby wogóle leczonych liczbę tych osób, które zmarły na wściekliznę w przeciągu 1 miesiąca (31 dni) po ukąszeniu, jeżeli tylko te osoby były przed wystąpieniem objawów wścieklizny przynajmniej 9 dni leczone.

Z tablicy VIII widzimy, że wszystkie 5 osób, które zmarły pomimo szczepienia energiczną metodą, odpowiadają tym warunkom. Przystępujemy zatem do porównania w warunkach dla nas najniepomyślniejszych.

Ten sposób porównania pozwoli nam również uwzględnić osoby wcale nie leczone, ażeby widzieć, czy i u takich osób nie zdarzają się przypadki śmierci na wściekliznę w przeciągu miesiąca po ukąszeniu. Z nowszego piśmiennictwa (mniej więcej od r. 1886) zebrano 100 przypadków śmierci na wściekliznę u osób wcale nie szczepionych (część druga, tablica IV).

Wyniki naszego porównania zawiera tablica X. Ukąszeń przez wilki nie uwzględniono: okres czasu jest ten sam, co w tablicy IX.

Z tej tablicy widzimy, że wyniki szczepień metodą wzmocnioną są gorsze od wyników metody zwyczajnej. Wyniki zakładów w Paryżu i Warszawie są około dwa razy lepsze, a także krakowski Zakład uzyskał wyniki wyraźnie lepsze. Stosunki są tu wprost odwrotne, jak w tablicy IX. Tam szczepienia energiczne dały wynik najlepszy, a tu najgorszy.

Na swoją obronę to tylko powiedzieć mogę, że liczba osób, leczonych energiczną metodą, jest znacznie mniejszą od liczby osób szczepionych zwyczajnie. Rozpatrzywszy się w odpowiednich statystykach. odnosi się to wrażenie, że takie przypadki wczesnej śmierci po ukąszeniu gromadzą się w pewnych latach (por. część druga, tablice I—III).

I tak: w Zakładzie paryskim było w roku 1899 na 1,614 leczonych 5 osób, które zmarły do 31 dnia po ukąszeniu, t. j. 0 31%,

w roku 1903 na 630 leczonych — 2 t. j. 0 32% [7]).

W zakładzie warszawskim: w r. 1902 na 1,161 leczonych — 5 t. j. 0·43%.

W zakładzie krakowskim: w r. 1898 na 277 leczonych 2 t. j 0·72%, w roku 1902 na 500 leczonych — 3 t. j. 0 60% Nadto zmarł w tym samym roku jeden z leczonych w 32 dni, drugi w 33 dni, a trzeci w 24 dni po ukąszeniu (u tego wystąpiła jednak wścieklizna już w 5 dniu szczepienia: zatem nie uwzględniono go w statystyce).

Z tego porównania widzimy, że wynik, 0·35% śmierci w tablicy X w niektórych latach nie był znacznie lepszym i w paryskim Zakładzie (0 31, 0 32%), w warszawskim Zakładzie raz był jeszcze gorszym (0·43%). a w krakowskim Zakładzie był dwa razy nawet znacznie gorszym (0·72 i 0 60%).

Obok tych lat niepomyślnych zdarzają się znowu inne, gdzie takie przypadki wczesnej śmierci po ukąszeniu należą do wielkich rzadkości. Tak n. p. w Paryżu zmarła w roku 1902 na 1,106 osób szczepionych tylko 1 osoba przed 31 dniem po ukąszeniu t. j. 0·09%,

w Warszawie:

w r. 1896 na 915 leczonych — żadna

w r. 1903 na 1,230 leczonych — żadna.

Co do osób wcale nie leczonych, to jest rzeczą znaną, że i wśród nich zdarzają się przypadki śmierci w pierwszym miesiącu po ukąszeniu. W pracy Bauera, — o której już w II części tej rozprawki była mowa, — obliczono na końcu, że takich osób umiera do 19 dnia po ukąszeniu aż 8·24%, licząc w to i ukąszenia zadane przez wilki. Oczywiście, że do 31 dnia po ukąszeniu odsetek takich osób byłby jeszcze znacznie większy. Ale ta liczba jest z pewnością za wysoka i obliczenie stanowczo niedokładne: przyczyny tego omówiono częściowo w II części. Tu wystarczy tylko zaznaczyć, że i u ludzi pokąsanych, a wcale nie leczonych przypadki śmierci na wściekliznę w pierwszym miesiącu po ukąszeniu nie należą do rzadkości.

W części drugiej (tablica IV) zebrano z nowszego piśmiennictwa 100 przypadków śmierci na wściekliznę u osób. które nie były leczone i które nie były pokąsane przez wilki. Jak z tego zestawienia widać, zmarło z tych 100 osób jedenaście (może 12) aż do 31 dnia po ukąszeniu. Jedna osoba zmarła już po 19, inne po 20, 21, 23 i t. d. dniach po ukąszeniu.

Z tego jasno wynika, że nie mielibyśmy prawa twierdzić, iż we wszystkich wypadkach wczesnej śmierci po ukąszeniu u osób leczonych — przyczyną tej wczesnej śmierci była metoda leczenia.

Zastanówmy się jeszcze nad jednym przypadkiem śmierci, zaszłym po naszej wzmocnionej metodzie. Z tablicy VIII wynika, że z 5 osób, tam wymienionych, cztery zmarły w 28—31 dni po ukąszeniu. To zdarza się stosunkowo często. Jednak osoba piąta zmarła już po 22 dniach; ponieważ zaś szczepiono ją bardzo energicznie przez 16 dni, zatem powstaje pytanie, czy przynajmniej w tym jednym przypadku metoda nie zawiniła?

Wskazałem powyżej na to, że nawet osoby wcale nie leczone mogą umrzeć na wściekliznę w tak krótkim czasie po ukąszeniu. Po pokąsaniach przez wilki zdarza się to nawet bardzo często. Prócz tego zbadałem i statystyki wspomnianych już kilku zakładów, aby stwierdzić, czy nie znajdą się w nich podobne przypadki. I znalazłem: w zakładzie paryskim w r. 1898 jeden przypadek (po 21 dniach); w roku

[7]) Prawdopodobnie: mianowicie u J. D'H. nie podano daty pokąsania. Był on 14 dni leczony i zmarł w 11 dni po ukończeniu leczenia.

1900 drugi (po 22 dniach); w r. 1902 trzeci (nawet już po 16 dniach) — razem na 9,834 leczonych 3 przypadki.

W zakładzie warszawskim: w r. 1897 jeden przypadek (po 21 dniach) zresztą żadnego, t. j. na 9,894 leczonych jeden przypadek.

W zakładzie krakowskim na 3,141 leczonych nie znalazłem ani jednego takiego przypadku.

Razem więc znalazłem na 22,869 leczonych cztery przypadki, t. j. na 5,717 leczonych raz się zdarza, że śmierć następuje do 22 dnia po ukąszeniu. Natomiast statystyka szczepień wzmocnionych obejmuje na 1,424 osób leczonych jeden taki przypadek.

Na to można to tylko powtórzyć, co już raz powyżej powiedziano, a mianowicie, że liczba osób szczepionych metodą energiczną jest jeszcze za mała. Prócz tego należy w tym przypadku uwzględnić niezwykle ciężkie skaleczenie na czole i oku, gdzie zapewne uszkodzone zostały nerwy w okolicy gałki ocznej. Ważnem też jest w tym przypadku, — na co zwrócił uwagę prof. Bujwid, — że z początkiem choroby wystąpił zez na oku pokąsanem. Wskazuje to bezpośrednio na przyczynę śmierci.

Omówmy jeszcze jedną wątpliwość. Z 5 osób, u nas zmarłych, zmarły dwie w 13 i 17 dni po ukończeniu leczenia. To zdarza się stosunkowo często i w innych zakładach i każdy kierownik większego zakładu Pasteurowskiego przypomni sobie takie przypadki. Ale trzy inne osoby zmarły już po 3—5 dniach po ukończeniu szczepień, a choroba wybuchła u nich bezpośrednio po opuszczeniu zakładu (vide tablicę VIII).

Przypadki te wywarły na nas ogromnie przygnębiające wrażenie i musiały bardzo osłabić zaufanie, jakie pokładaliśmy we wzmocnionej metodzie. Postępujmy jednak i tutaj utartą drogą i poszukajmy podobnych przypadków i w innych zakładach. Ograniczmy się do tych samych 3 zakładów. Znajdujemy:

W zakładzie paryskim od roku 1897 prawie co roku zapisywano podobne przypadki (z wyjątkiem r. 1903). Razem na 55 zmarłych osób (por. tablica I i IX) 14 przypadków, w których śmierć nastąpiła najpóźniej w 4 dni po ukończeniu leczenia. U niektórych z nich śmierć nastąpiła podczas leczenia, trwającego już 13, 15 lub 18 dni.

W Zakładzie warszawskim (od r. 1895) na 47 zmarłych osób (por. tablica II i IX) 9 przypadków, w których śmierć nastąpiła albo podczas leczenia, trwającego już dłuższy czas, albo też najpóźniej w 3. dniu po ukończeniu leczenia. Statystyka warszawska zasługuje jednak z tego względu na uwagę, że tam przypadki takie zdarzały się tylko w 4 latach (na 10), mianowicie w latach 1900, 1901, 1902 i 1904. W jednym tylko roku 1902 było 5 przypadków, w których śmierć nastąpiła podczas leczenia, trwającego już 19—24 dni. Wszystkie te przypadki zdarzyły się również w przeciągu miesiąca po ukąszeniu. Dziwną jest rzeczą, że Palmirski i Karłowski tłómaczą sobie to nagromadzenie się w tym roku tylu wczesnych przypadków śmierci przez to, że szczepili za mało energicznie i kończyli szczepienia 3-dniowymi rdzeniami. Nie używali oni w roku 1902 wcale rdzeni 2-, ani 1-dniowych. Dalej zaś tak piszą [8]): „Stosując w r. b. (1903) rdzenie najsilniejsze (2- i 1-dniowe) u osób najniebezpieczniej pokąsanych, mamy wyniki do obecnej chwili zupełnie zadawalające".

Jest to rzeczą pouczającą, że warszawscy autorowie tłómaczą sobie to niepokojące nagromadzenie się wczesnych przypadków śmierci w roku 1902 zanadto łagodną metodą leczniczą: natomiast myśmy się obawiali, czy podobne nagromadzenie się wczesnych przypadków śmierci u nas w roku 1905 nie było skutkiem zanadto energicznej metody. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń przypuszczam, że Palmirski i Karłowski prawdopodobnie nie uratowaliby swoich 5 pokąsanych także i zapomocą 1- i 2-dniowych rdzeni.

Wróćmy jednak do naszego tematu: Dziwnym zbiegiem okoliczności, nie było w Zakładzie krakowskim (od r. 1893) ani jednego przypadku, w którymby śmierć osoby szczepionej nastąpiła wcześniej, niż w 10 dni po ukończeniu leczenia. To też tem przykrzejsze wrażenie uczyniła na nas śmierć owych osób już w kilka dni po skończeniu szczepień według naszej wzmocnionej metody.

Tak zatem znaleźliśmy razem na 22,869 osób leczonych 23 przypadki, w których śmierć nastąpiła najpóźniej w 5 dni po ukończeniu leczenia t. j. 0·10%.

Natomiast statystyka wzmocnionych szczepień zawiera takich przypadków 3 na 1,424 leczonych, t. j. 0·21%, a zatem znowu gorszy wynik.

W sprawie szczepień wzmocnionych pozostaje na to i teraz ta jedynie odpowiedź, że liczba szczepionych była jeszcze za małą.

Ową metodę wzmocnioną, powyżej tak obszernie opisaną, stosowano u nas aż do końca r. 1905. Od początku stycznia 1906 objął prof Bujwid osobiście szczepienia w swoim Zakładzie. Powrócił on przytem do dawnej metody (chociaż trochę wzmocnionej). Zaczynał mianowicie szczepić rdzeniami 5-dniowymi, a kończył 2-dniowymi, nie używając wcale jednodniowych. Jakkolwiek prof. Bujwid szczepił wtedy znacznie łagodniej, niż szczepiono w roku 1905, — używał on również znacznie rzadszych zawiesin, — to jednak miał w lutym przypadek, w którym człowiek pokąsany w twarz i szczepiony przez 16 dni, zmarł na wściekliznę w kilka dni po ukończeniu leczenia, a w 25 dni po ukąszeniu. Prawdopodobnie człowieka tego nie byłoby wyratowało i zeszłoroczne energiczne leczenie: ale przypadek ten wzmocnił nasze mniemanie, że i owe zeszłoroczne wczesne przypadki śmierci po naszej energicznej metodzie nie były wywołane przez tę metodę [9]).

Zbliżamy się wreszcie do końca naszej rozprawki. Przedstawiliśmy tu ową wzmocnioną czyli energiczną metodę dokładnie, tak jak ją stosowano. Niczego nie upiększyliśmy, ani o niczem nie zamilczeliśmy. Staraliśmy się też opisać wątpliwości i obawy, które miotały nami w tym czasie. Braki metody oświetliliśmy statystycznie. Powiedzmy tu raz jeszcze, że nie możemy całkiem stanowczo zaprzeczyć temu zasadniczemu pytaniu, czy metoda nasza nigdy nie zaszkodziła leczonym. Ale, jak to widzieliśmy już w II części tej rozprawki, ta wątpliwość odnosi się dzisiaj wogóle do metody Pasteurowskiej, a nietylko do metody wzmocnionej.

Z drugiej strony nie można zaprzeczyć, że metoda

[8]) „Medycyna" 1903, p. 1108.

[9]) Prof. Bujwidowi dziękuję za pozwolenie ogłoszenia tego przypadku.

wzmocniona ma stanowczo i swoje dobre strony. Widzę je w zupełnem zapobieżeniu wybuchowi choroby później, niż w 2 tygodnie po opuszczeniu Zakładu. Jest to przecież wynik dotychczas niebywały. A tak dla lekarza, jak i dla leczonych jest z pewnością bardzo przyjemną rzeczą wiedzieć na pewno, że po 2 tygodniach po ukończeniu leczenia nie zagraża już żadne niebezpieczeństwo. W związku z tem widzę korzyść drugą: jest nią udowodniona możliwość skrócenia czasu leczenia. O tem pisałem już w pierwszej części tej rozprawki. Jednak szczepienia wzmocnioną metodą dowiodły, że możliwość ta staje się wprost pewnością. Przedewszystkiem, jest rzeczą zupełnie pewną, że w razie stosowania wzmocnionej metody czas leczenia 10—16 dni zupełnie wystarcza. Nie uchodzi zatem, trzymać obecnie pokąsanych 20—30 dni, jak to dzieje się jeszcze w wielu zakładach. Ale i czas leczenia używany już w zakładzie prof. Bujwida możnaby z pewnością skrócić. Naprzód do jakich 8—14 dni, a potem co pół roku jeszcze o jeden dzień, szczepiąc zawsze energicznie i 2 razy dziennie, dopókiby nie zjawiły się znowu spóźnione przypadki śmierci. Albowiem te właśnie późne przypadki po ukończeniu leczenia wskazują, że szczepienia były za słabe, że nie uodporniono dostatecznie pokąsanego. Tak postępowałbym, gdybym mógł. Równocześnie trzebaby się oczywiście postarać o surowicę wysokowartościową, ażeby zapobiedz i przypadkom śmierci w przeciągu pierwszego miesiąca po ukąszeniu. Jestem głęboko przekonany, że gdyby zastosowano obydwa te sposoby, to i czas leczenia według prof. Bujwida możnaby bardzo znacznie skrócić i to z bardzo dobrym wynikiem.

W końcu niech mi wolno będzie podziękować prof. Bujwidowi, że pozwolił nam przez czas dłuższy w swoim Zakładzie prowadzić szczepienia według wzmocnionej metody.

Oceny i sprawozdania.

Przekrwienie jako środek leczniczy.

Sprawozdanie poglądowe.

Zestawił

Dr Adolf Klęsk.

(Dokończenie.)

W leczeniu przekrwieniem jedno z głównych miejsc zajęła w ostatnich czasach gruźlica. Bier radzi w gruźlicy stosować przekrwienie bierne dość krótko, bo około 3 godzin. Stawów nie ustala, lecz wykonuje odrazu ruchy, pozostawiając potem kończynę w tutorze. Tworzące się często zimne ropnie radzi nacinać małem cięciem. Przetoki gruźlicze leczy się dobrze ssawkami; należy przytem zakładać bańki dość silnie. Manninger, będący zwolennikiem leczenia zastoiną w gruźlicy, leczy wszystkich i wszystko, a przeciwwskazaniami dla niego są tylko dwie rzeczy: położenie społeczne (ubogi musi być wyleczony szybko, a więc doszczętną operacyą) i większe zmiany w kościach lub tworzenie się martwaków.

Tenże autor nie radzi stosować przekrwienia wobec ropni zimnych, lecz najpierw je wyleczyć.

W leczeniu gruźlicy stawów zwykle co do stawu kolanowego osiąga się najgorsze wyniki. Ziarniny gruźlicze należy usuwać. Klapp obecnie radzi znów ziarniny w gruźlicy nie ruszać z obawy przed wtórorzędnem zakażeniem. Duże przyrządy ssące działają źle w gruźlicy. Bier leczy przekrwieniem zastoinowem tak gruźlicę otwartą, z przetokami, jak i zamkniętą. Frommer potwierdza spostrzeżenie Biera. Najgorsze wyniki miał również co do stawu kolanowego. Radzi stosować przekrwienie jako doleczanie po operacyach z przetokami, lecz dopiero w pewien czas po operacyi. Opaskę zakłada na czas krótki. Ruchomość po wyleczeniu zwykle dobra. Bardzo dobre wyniki osięgnął Manninger w leczeniu gruźlicy, posługując się opaską i ssawkami równocześnie.

W ostrych sprawach leczenie przekrwieniem stosowano na szeroką skalę.

Ssawki znalazły głównie zastosowanie w leczeniu wrzodzianek, czyraków, ropni, ropienia palców i pochewek ścięgien, dalej spraw ropnych sutka, gruczołów limfatycznych, wiewióra, ropni jam nosowych, ucha i t. d.

Przy wrzodziankach i czyrakach zakłada się ssawkę na 5 minut, potem przerwa 3 minuty, znowu ssanie 5 minut, całe posiedzenie do godziny. Czasem dołączyć należy do tego przekłucie ropnia z wierzchu lub wyciśnięcie ropy. Tomaszewskij stosował to leczenie w klinice petersburskiej w 22 przypadkach zwykłych czyraków, w 2 ciężkich czyrakach (*carbunculus*), w 14 ropniach, 5 ropowicach, w 5 zapaleniach sutka i w 5 ropowicach palców prócz innych drobnych. Dochodzi do przekonania, że stosowanie przekrwienia zastoinowego skraca znacznie czas leczenia; i tak czyrak leczy się tym sposobem w 3—5 dni, gruczoły zropiałe w 9 dni, ropienie sutka w 8 dni, podobnie ropienie palców. Przekłucie lub małe nacięcie skraca bardzo czas leczenia. Podobnie korzystne wyniki spostrzegali Jerusalem i Manninger. Baumbach poleca gorąco to leczenie w wojsku, jest ono bowiem niebolesne, nie zostawia blizn i żołnierze cały czas mogą przytem pełnić lekką służbę. Pezold chwali również ten sposób leczenia; po zdjęciu ssawki poleca przykładać plaster rtęciowy. Gorącym zwolennikiem leczenia zastoiną jest Ritter. Twierdzi on, że od $^{3}/_{4}$ roku nie przecina już zupełnie wrzodzianek i czyraków. Bestelmeyer z Monachium wspomina o 200 przypadkach, leczonych przekrwieniem zastoinowem. Opaskę trzymano około 20 godzin, ssawki godzinę. Zwykle dołączano małe cięcia. Nigdy nie tamponowano i zaraz zaczynano ruchy bierne i czynne. Bolesność znikała pod wpływem tego leczenia szybko, czas leczenia zupełnie się jednak nie skracał. Lexer twierdzi, że czas leczenia przez ssawki nawet się przedłuża i zostają potem zamiast blizn niemiłe stwardnienia.

Ropienia palców i pochewek ścięgien dają już mniej korzystne wyniki przy leczeniu przekrwieniem zastoinowem. Według Bestelmeyera przy ropowicach trzeba było zawsze wykonywać nacięcia dodatkowe, a w ropieniach pochewek ścięgien żadnego dodatniego wpływu nie spostrzegano, za to po zastosowaniu cięć przekrwienie zastoinowe pomagało bardzo leczeniu. W razie głębokiego ropienia radzi Lexer stosować przekrwienie zastoinowe po wykonaniu cięć, jako leczenie pomocnicze. Podobnie Lossen nie ufa przekrwieniu zastoinowemu w leczeniu ropienia pochewek ścięgien. Natomiast dobre wyniki uzyskali Heller, Ritter i Jerusalem. Jerusalem poleca szczególnie przekrwienie zastoinowe przy zapaleniu trzeszczącem ścięgien. W ropieniach sutka wyniki leczenia przekrwieniem zastoinowem bardzo pomyślne. Często udaje się sprawę zapalną w zarodku powstrzymać. Przy ropieniach wystarczają małe nakłucia, unika się przez to blizn, tak szkodliwych następstw dla gruczołu. Pokarm należy przedtem odciągnąć. Dzwon przyrządu powinien być większy od sutka (według innych znów przeciwnie: mniejszy). Czas leczenia wynosi podług Manningera 7 dni. Podobnie dobre wyniki daje leczenie przekrwieniem zastoinowem w zapaleniach okostnej zębów, dalej w ropieniach migdałów, gruczołu przyusznego i ucha środkowego. Co do zapaleń ucha, to Bier osiągnął tutaj przekrwieniem dużo wyleczeń bez operacyi, mimo wyraźnego obrzęku za uchem. Obok przekrwienia stosuje on co najwyżej małe cięcie poza uchem. O wynikach tych doniósł Keppler. Korzystne wyniki zauważyli także Heinl i Frommer. Przekrwienie głowy stosuje się 18—22 godzin zapomocą opaski, założonej na szyję. Leczenie trwa około 3 tygodni. Nie należy jednak przy tem zapominać o możliwości przebicia się ropy do opon lub zakrzepu zatok żylnych. Hasslauer posługiwał się przekrwieniem zastoinowem w 39 przypadkach ropienia ucha środkowego. W przypadkach przewlekłych wynik był mniej pomyślny, natomiast w przypadkach ostrego ropienia o wiele lepszy, a nawet powiodło mu się w kilku przypadkach wyleczyć cierpienie bez nacięcia błony bębenkowej. W 3 przypadkach stosował sposób Stengera, polegający na wydłutowaniu wąskiej przetoki w kierunku jamy sutkowej i użyciu ssawek obok stosowania opaski na szyję. Przypadki te zakończyły się pomyślnie, choć były bardzo ciężkie. Zauważył jednak Hasslauer przy leczeniu przekrwieniem zastoinowem jako częste powikłanie, zapalenie przewodu usznego. Fleischmann z kliniki Politzera donosi znów o złych wynikach leczenia ropienia ucha

przekrwieniem zastoinowem. Zaciera ono obraz chorobowy i przy tem łatwo przeoczyć chwilę odpowiednią do wkroczenia operacyjnego. Schwartze również nie pochwala leczenia przekrwieniem, zwłaszcza nie radzi go stosować w przypadkach ropienia, wywołanego przez dwoinki i w razie miażdżycy tętnic, przypuszczenia ropnia nadoponowego i zakrzepu zatok żylnych.

Przy leczeniu ostrego lub przewlekłego zapalenia szpiku kostnego dobre wyniki opisują Bier, Heller i Frommer; Bestelmeyer natomiast nie uzyskał żadnego wyniku, a my potwierdzić to możemy na mocy doświadczenia z kliniki krakowskiej. Manninger stosował także w przypadkach takich przekrwienie, ale zawsze dopiero po operacyi i sądzi, że przekrwienie przyspiesza oddzielanie się martwaków. Bardzo często dodatnie wyniki przy leczeniu rzekomego ostrego zapalenia szpiku kostnego polegają nie na czem innem, jak na pomyłce w rozpoznaniu, o czem sam Bier także wspomina.

Ssawkami leczono z dobrym wynikiem zapalenia okołoprostnicze (Bestelmeyer, Manninger) i zropienie gruczołów limfatycznych. W razie zajęcia naczyń limfatycznych, Bier zakłada na nie wprost opaskę. Czasem wystąpić mogą jednak groźne zakrzepy żylne (Heller, Lexer).

Na worku mosznowym stosowano przekrwienie przy przetokach gruźliczych z dość dobrym skutkiem (Chaput), natomiast przy stwardnieniach najądrza nie miało ono żadnego wpływu dodatniego.

W wiewiórze cewki także zastosowano leczenie przekrwieniem zapomocą ssawek, specyalnie do cewki sporządzonych (Jacoby, Meyer).

Bardzo korzystnie działa przekrwienie czynne lub bierne w wiewiórowem zajęciu stawów (Bum, Tillmans, Laquer, Manninger i t. d.). Usuwa szybko bolesność, wysięk ulega wessaniu, ruchomość pozostaje zupełna. Opaskę zakładać należy na 20—22 godzin. Przekrwieniem czynnem otrzymano tu również bardzo dobre wyniki.

Przy leczeniu przekrwieniem biernem w połączeniu z nacięciami nie trzeba sączkować, co najwyżej zakłada się po cięciu tampon na pierwszą dobę celem zatamowania krwotoku. Po zdjęciu opaski miejsce chore pokrywa się jałową gazą lub smaruje się waseliną. Tampon według Biera wysusza tylko tkanki i usposabia przez to do obumarcia. Przesięk, tworzący się przy przekrwieniu zastoinowem wypłukuje ranę i działa jako naturalna irrygacya. Inaczej jest jednak, gdy nacięć przy głębokiem ropieniu nie wykonamy. Wysięk tworzący się i rozpuszczona ropa muszą sobie gdzieś znaleźć ujście i nieraz (o ile energicznie z pomocą noża na czas ich się nie wypuści) przebijają się do jam sąsiednich. Zwraca szczególnie na to uwagę Lexer.

Przekrwienie bierne stosuje się także i przy utrudnionych już wskutek samej choroby warunkach krążenia. I tak Frommer polecił stosować je przy zgorzeli stopy. Bole przytem ustępowały szybko, obumarłe części oddzielały się dobrze. Z początku stosował przekrwienie przez kilka godzin, potem krócej. W jednym atoli przypadku zgorzeli stopy na tle cukrzycy u kobiety 60-letniej w 3 tygodnie wystąpiła ropowica goleni, a w 4 tygodnie zejście śmiertelne. Colley ostrzega przed stosowaniem leczenia zgorzeli przekrwieniem zastoinowem u chorych na cukrzycę; podobnie Lossen, a Manninger spostrzegał zejście śmiertelne przy stosowaniu przekrwienia w zgorzeli cukrzycej stopy. Grube przeciwnie zachęca do stosowania przekrwienia zastoinowego u chorych na cukrzycę. Stosował on ssawki w przypadkach wrzodzianek i czyraków u takich chorych z bardzo dobrym skutkiem. Zgorzel stopy leczy przekrwieniem czynnem (ciepłota około 60°).

W złamaniach kości przekrwienie znalazło również zastosowanie lecznicze. Bier radzi n. p. w złamaniach kostek opatrunek gipsowy 10 dni, a potem gorące powietrze. Złamanie kości promieniowej leczy od pierwszego dnia przekrwieniem czynnem. Deutschländer stosował przekrwienie w złamaniach kości i bardzo je zaleca utrzymując, że usuwa ono bóle, przyspiesza znakomicie tworzenie się kostniny i zapobiega zesztywnieniu i zanikowi mięśni.

Cathcarf stosuje z dobrym skutkiem przekrwienie w leczeniu kilaków kości.

Eversmann i Frommer polecają przyrządy ssące do wyciągania wydzieliny ropnej z ran pooperacyjnych zamiast szerokiego otwierania następowego rany i tamponady.

Z innych zastosowań przekrwienia wspomnieć należy o leczeniu nerwobolów, krwiaków, zapalnych zakrzepów żył, skrzywienia i zesztywnienia kręgosłupa (Klapp), o leczeniu zapalenia opon mózgowordzeniowych, słoniowaciny, wrzodów żylakowych, nadmiernej otyłości, dny, ukąszenia owadów, odmrożeń, ropnicy połogowej i nieżytów przewlekłych macicy, chorób ocznych i t. d.

Są to wszystko dopiero próby, o których nic stanowczego dotąd nie wypowiedziano.

Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. R. Baumstark. **Badania doświadczalne i kliniczne wpływu wód mineralnych homburskich na czynność wydzielniczą żołądka.** *(Archiv f. Verdauungskr.* T. XII. Z. 3). Doświadczenia wykonał autor na zwierzętach, którym zakładał przetoki sztuczne sposobem Pawłowa, badając wpływ wód solankowych homburskich i porównywając otrzymane wyniki z wynikami, stwierdzonymi przy stosowaniu zwyczajnej wody przekroplonej. Wzmożenie się wydzielania soku żołądkowego u zwierząt wynosiło po zastosowaniu którejkolwiek z solanek homburskich conajmniej 37%, a raz dosięgło nawet 129%. Powtarzając te doświadczenia u 23-letniej osoby z przetoką żołądkową (z powodu zwężenia przełyku), otrzymywał autor te same mniej więcej wyniki, co u zwierząt. B. jest zdania, że wody solankowe pobudzają nader silnie błonę śluzową zwierząt i człowieka do bardzo obfitego wydzielania soku żołądkowego i że działanie to jest średnio o 74·1% większe, aniżeli przy używaniu zwyczajnej wody przekroplonej. *Schudmak.*

Kumoji Sasaki. **Przyczynek kazuistyczny do porównawczych badań wpływu różnych wód mineralnych na wydzielanie w żołądku.** *(Archiv. f. Verdauungskr.* T. XII. Z. 3). Autor użył następujących wód do doświadczeń na zwierzętach ze sztuczną przetoką żołądkową: 1) wody solankowe (Wiesbadeńska, Kochbrunnen), 2) alkaliczno-słone (emska i selterska), 3) alkaliczno-solankowe (Karlsbadzka), 4) alkaliczne (Vichy), 5) gorzkie (Hunyadi Janos). Autor stwierdził, że wpływ wszelkich wód mineralnych odnosi się w pierwszym rzędzie do ilości soku żołądkowego, nie zaś do jego jakości i że zwłaszcza odsetek kwasu solnego bardzo nieznacznym podlega wahaniom. Najsilniej pobudzająco działają wody solankowe, woda emska i selterska pobudzają błonę śluzową dość silnie; woda karlsbadzka zajmuje pośrednie miejsce. Przeciwnie, t. zn. obniżająco, działają wody alkaliczne (Vichy), a w większym jeszcze stopniu wody gorzkie. *Schudmak.*

Reicher. **W sprawie chemizmu trawienia żołądkowego ze szczególnem uwzględnieniem próby „rakowej" H. Salomona.** *(Archiv. f. Verdaungskr.* T. XII. Z. 3). Usiłowania ostatnich lat, by wykryć pewne znamiona, umożliwiające bardzo wczesne rozpoznanie raka żołądka, nie doprowadziły dotychczas do żadnych dodatnich wyników. Do takich usiłowań zaliczyć można i próbę Salomona, polegającą na dokładnem oznaczaniu białka i azotu, zawartych w treści przepłuczynowej żołądka, wydobytej po dokładnem oczyszczeniu błony śluzowej fizyologicznym rozczynem soli kuchennej po przetrzymaniu chorego na płynnej, ściśle przez autora podanej dyecie. Przy zmianach nowotworowych ma błona śluzowa żołądka już bardzo wcześnie wytwarzać pewne ciała (według Salomona surowicę?) dzięki którym wydobyty z żołądka płyn zawiera stosunkowo wielką ilość białka oraz azotu, dochodzącego w typowych przypadkach do 70 mg. na 100 gr. wody. Gdy wszystkie dotychczasowe doświadczenia nad tą próbą ograniczały się tylko do strony klinicznej, to Reicher badał głównie jej stronę chemiczną, posługując się przy oznaczaniu białka (o co właśnie głównie chodzi) próbą tak czułą, jak odczynem precypitynowym. Za pomocą tej próby udawało się często otrzymywać dodatnie wyniki nawet w rozcieńczeniu 1:100,000, czego sposobem Esbacha oznaczyć już wcale nie można. Doświadczenia Reichera udowodniły, że przy próbie Salomona wchodzą głównie w rachubę nukleoproteidy i zasady purynowe (jądra ciałek białych?), a serumalbumina (surowica?) najmniejszą odgrywa rolę. Co do strony klinicznej, to stwierdza R., że próba Salomona w rozpoznaniu wczesnych okresów raka żołądka rozstrzygającego znaczenia mieć nie może. *Schudmak.*

P. Roethlisberger. **Nowe zapatrywania na istotę i leczenie dny.** *(Archiv f. Verdaungskr.* T. XII. Z. 3). Rozpatrzywszy wszystkie dotychczasowe zapatrywania, dochodzi autor do przekonania, że dna przewlekła jest cierpieniem, polegającem na zatrzymywaniu w ustroju kwasu moczowego jedynie z powodu niewydolności czynności nerek (Insuffiziente Nierenfunktion), zaś napady ostre, często z gorączką przebiegające, uważać należy za gościec zakaźny w ustroju, przepełnionym kwasem moczowym. Z tego

powodu w dnie przewlekłej powinno leczenie być skierowane i przeciw cierpieniu nerkowemu (Karlsbad), w ostrej zaś powinno się leczenie odbywać w sposób, zazwyczaj przy gośćcu stosowany.

Schudmak.

Aronson. **O leczniczem działaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej.** *(Deutsch. med. Wochft.* Nr 34, 1906). Publikacye o skutecznem działaniu surowicy autora mnożą się stale. W ostatnich czasach jednak Zangenmeister wystąpił przeciw niej; stosował ją zapobiegawczo w przypadkach zamierzonych operacyi brzusznych raka. Nie działa ona wtedy pomyślnie, a więc tembardziej nie może skutkować w razie już istniejącego zakażenia. Sądzi także Zangenmeister, że do leczenia potrzebaby ogromnych dawek. W odpowiedzi zaznacza Aronson, że surowica jego nie działa bakteryobójczo, lecz zmienia tak drobnoustroje, że ciałka białe łatwo mogą je potem pochłonąć; koniecznem więc jest, by ciałka białe miały żywotność, a u ludzi wyniszczonych, cierpiących na raka, tego oczekiwać nie można. Surowica autora jest wprawdzie wielowartościową, ale jest możebnem, że paciorkowce, wyhodowane z przypadków rakowatych, będą mieć inne cechy i tem też autor zamierza się zająć.

Klęsk.

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Beer. **Spostrzeżenia co do żywotności krętka bladego.** *(Deutsche med. Wochs.* 1906, Nr 30). W badaniach swoich, wykonanych w klinice Lessera, stwierdził autor, że krętki wykonują dwojakie ruchy: jedne obrotowe około osi podłużnej, drugie, zginania na całej długości ciała; następstwem tych ruchów jest zmiana położenia w kierunku osi podłużnej. Wolno płynący krętek wykonywa dość regularne ruchy, skoro jednak końcem przyczepi się do ciała stałego, którem może być komórka nabłonkowa lub ciałko krwi, wtedy wykonywa szybszy ruch obrotowy świdrujący, którym jakby stara się wejść w napotkaną komórkę. Rzeczywistego wejścia w komórkę nie udało się jednak autorowi stwierdzić. W świeżym preparacie znajdował autor krętki przeważnie przyczepione do komórek i na obwodzie krwinek czerwonych. Dopiero po kilku dniach, gdy znaczna część komórek uległa rozpadowi i znikła, widział autor krętki wolno płynące. Nieruchome krętki martwe dostrzegał autor głównie rozciągnięte prosto, bez zgięć. Sztuczne światło, jakoteż ciepło oddechu podczas długiego nawet badania zdaje się krętkom nie szkodzić. W płynie przesiękowym i jamy brzusznej w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej, żyją krętki i są ruchome bardzo długo, bo autor jeszcze po trzech tygodniach spostrzegał ich ruchy.

Stopczański.

Biach. **O przeroście naskórka pod wpływem arsenu.** *(Wiener klin. Wochs.* 1906, Nr 32). Przypadek, opisany przez autora, dotyczył 53-letniego robotnika, któremu przed 8 laty polecił lekarz zażywać rozczyn Fowlera po 2—10 kropli dziennie z powodu obrzęku gruczołów karkowych i pachowych. Już po trzech miesiącach tego leczenia zauważył chory poczynające się brunatne zabarwienie skóry, czem przerażony przerwał zażywanie arsenu. Ponieważ jednak gruczoły znowu zaczęły się powiększać, powrócił chory po dwuletniej przerwie znowu do tegoż leku i zażywał go przez cztery lata. Skóra w tym czasie znowu silniej brunatno się zabarwiła, a na skórze palców rąk i nóg, jak również na dłoniach i podeszwach powstały znaczne zgrubienia naskórka. Z polecenia lekarza przestał wówczas chory zażywać arsen; dolegliwości ze strony płuc i serca, coraz więcej się wzmagające, skłoniły go do pozostania w szpitalu. Tutaj stwierdzono następujące zmiany: Na błonie śluzowej wewnętrznej strony policzków pojedyncze, małe, blado-szarawe plamki. Skóra sucha, łuszcząca się, okazuje poczynający się zanik. Oprócz tego znajdują się w skórze rozległe przebarwienia żółtawo brunatne, pomiędzy któremi przebijają jaśniejsze małe pola, wskutek czego skóra wygląda centkowato. Na dłoniach i palcach oprócz brodawkowatych zrogowaceń widać rozlane znaczne zgrubienie naskórka. Na stopach najsilniej uwydatnia się zgrubienie i zrogowacenie naskórka w okolicy pięty, mniej na brzegu stopy. Gruczoły podszczękowe znacznie powiększone; nad obojczykiem tworzą powiększone gruczoły guz wielkości główki dziecka, który jednakże ani nie chełbocze, ani nie jest silniej zrośnięty ze skórą lub podstawą; inne gruczoły chłonne mniej lub więcej powiększone. W czasie pobytu chorego w szpitalu obrzęk gruczołów się zmniejszył, natomiast upadek sił i wycieńczenie wzmogły się. Przypadek ten budzi zajęcie ze względu na wczesne i po niewielkich i niedługo zażywanych dawkach arsenu powstałe zmiany barwikowe, które w owym przypadku poprzedzały zmiany, dotyczące naskórka.

Stopczański.

Vörner. **W sprawie przyczyn świerzbiączki** *(prurigo).* *(Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 30). W przypadku, spostrzeganym przez autora, niezwykłem zjawiskiem było wystąpienie świerzbiączki po raz pierwszy w 26. roku życia. Równocześnie z wystąpieniem wysypki chora cierpiała na nieżyt jelit. U dzieci zazwyczaj świerzbiączkę poprzedza pokrzywka, która pod względem anatomicznym jest zupełnie podobna do wykwitów świerzbiączki; w przypadku autora jednak chora nigdy przedtem nie zauważyła żadnej wysypki na ciele i tembardziej godnym uwagi jest związek między chorobą jelit, a wystąpieniem świerzbiączki. Autor przypuszcza na podstawie tego przypadku, że i u dzieci pokrzywka, będąca pierwszym okresem świerzbiączki, zwykle pozostaje w związku z cierpieniami przewodu pokarmowego, a brak spostrzeżeń w tym kierunku tłómaczy się tem, że nieznaczne zmiany w skórze wobec cięższego nieżytu jelit, zwykle u dzieci budzącego obawę o życie, uchodzą uwagi lekarza.

Stopczański.

Reines. **O połączonym sposobie leczenia tocznia promieniami Röntgena i resorcyną według Ehrmana.** *(Berl. klin. Wochs.* 1906, Nr 35). Ostatnie dziesięciolecie dowiodło, że korzystniejsze wyniki, niż światłem Röntgena lub Finsena, można w leczeniu tocznia uzyskać przy pomocy innych sposobów, dawniej używanych, jak wyskrobania ostrą łyżeczką, maści pyrogalusowej, gorącego powietrza i t. d. Autor w szeregu przypadków tocznia zastosował sposób Ehrmana (połączone leczenie resorcyną i promieniami Röntgena). W każdym przypadku tocznia stosowano najpierw na miejsce zmienione 33 prc. pastę resorcynową. Ze względu na trujące własności resorcyny i opisywane dość liczne przypadki zatrucia przy działaniu resorcyny na większą powierzchnię, nie może powierzchnia, na którą ma działać resorcyna, przekraczać wielkości dłoni. Dlatego też należy przy toczniu rozleglejszym stosować pastę resorcynową częściowo, nie odrazu na całą zmienioną powierzchnię. Pastę resorcynową, rozciągniętą niezbyt grubo na kawałku płótna pozostawia się na 12 godzin, poczem powierzchowne warstwy skóry i guzków, obumarłe pod wpływem resorcyny, usuwa się ostrą łyżeczką lub gazą, napojoną rozczynem sublimatu. W ten sposób postępuje się przez 4—5 dni, poczem powierzchnię sączącą, pozbawioną naskórka, naświetla się promieniami Röntgena co tydzień, używając do tego rur średnio-miękkich, dających się regulować. Po krótszym lub dłuższym czasie leczenia tym sposobem, przy którym powierzchnia naświetlana powinna być ciągle pod działaniem resorcyny, aby nie mogła się w tym czasie pokrywać naskórkiem, następuje przerwa, w czasie której stosuje się dla wygojenia maść borową. Następnie, jeżeli guzki niezupełnie jeszcze są usunięte i pojawiają się po zagojeniu powierzchni leczonej, powtarza się ten sposób aż do całkowitego wyleczenia. Zaletą tego sposobu jest to, że działaniu promieni Röntgena nie przeszkadza naskórek; działają one tu bezpośrednio na tkankę chorobową i w ten sposób łatwiej ją niszczą. Autor sądzi, że sposób ten ze względu na szybsze wyniki, niż przy stosowaniu samego światła Röntgena lub Finsena, zasługuje na rozpowszechnienie i może w odpowiednich przypadkach tocznia, więcej na powierzchni się szerzącego, oddać wielkie usługi.

Stopczański.

CHIRURGIA. Kelling. **Nowy hemolityczny odczyn surowicy krwi przy nowotworach złośliwych (i złośliwych chorobach krwi), oraz rozpoznawcze i statystyczne zastosowania tego odczynu w chirurgii.** *(Archiv f. klin. Chirurg.* T. 80, Z. I). Uzupełniając swą fantastyczną teoryę nowotworów, podaje autor wyniki doświadczeń nad hemolitycznym odczynem surowicy krwi chorych na nowotwory złośliwe. Kelling, jak wiadomo, twierdzi, że komórki nowotworowe są pasorzytami ustroju, dostającymi się doń jako komórki z wyższych lub niższych zwierząt. Zakażenie temi komórkami odbywa się rozmaitą drogą, n. p. przez ukłucie owadów, spożywanie surowych jaj i t. d. Do doświadczeń swych używał autor krwi kury, owcy, woła i świni, i przekonał się, że surowica krwi chorych na nowotwory rozpuszcza najwięcej tylko jeden z wymienionych gatunków krwi. Odczyn ten idzie zupełnie w parze z odczynem precypitynowym; tak n. p. przy rozpuszczalności ciałek krwi kury i białko kurze strąca się. Po usunięciu nowotworu znika zwykle i odczyn, ale powraca w razie nawrotów. Odczyn ten nie zależy od siedziby i rodzaju nowotworu. Odczyn u zdrowego człowieka występuje głównie względem krwi owcy, potem kury, woła i świni, nie dosięga jednak nigdy takich stopni, jak przy nowotworach złośliwych. Wartości ponad 30 prc. powinny wzbudzać przypuszczenie nowotworu, a hemoliza ponad 50 prc. dowodzi już na pewno obecności nowotworu w ustroju. Wstrzyknięcie cząstek nowotworu innemu zwierzęciu wzbudza we krwi jego zaraz ten sam odczyn względem krwi jednego z 4 gatunków krwi, jaki był u osobnika, z którego nowotwór szczepiono. Surowica chorych na nowotwory zwykle nie wywołuje odczynu we krwi człowieka zdrowego. Najczęściej odczyn występuje względem krwi kurzej. W mniejszym stopniu występuje on przy złośliwych chorobach krwi. Kelling sądzi, że z pomocą odczynu można prawie na pewno rozpoznać nowotwory utajone.

Klęsk.

Kienböck. **Leczenie mięsaków promieniami Röntgena.** (*Fortsch. auf dem Geb. der Röntgenstr.* Bd. IX, Heft 5). Bezwątpienia wiele mięsaków wyleczono już naświetlaniem promieniami Röntgenowskimi i stwierdzono brak nawrotów. Najczęściej (w 70 prc.) następuje jednak tylko zmniejszenie się nowotworu. Najsilniej oddziaływają na takie leczenie nowotwory, niedawno powstałe, starsze opierają się leczeniu. Również i głębokość usadowienia nowotworu nie jest bez wpływu. Nowotwory powierzchowne leczą się lepiej. Naświetlac należy nie codzień i to nietylko nowotwór pierwotny, lecz i zajęte gruczoły. Promieniami wolno jednak leczyć tylko wtedy, gdy odkładanie operacyi zaszkodzić nie może, lub też, gdy nowotwór już się do operacyi nie nadaje. Tak samo próbować należy następowego naświetlania, gdy przy operacyi przekona się chirurg, że nowotworu doszczętnie usunąć nie zdoła. *Klęsk.*

Bornhaupt. **Zranienia postrzałowe stawów w wojnie rosyjsko-japońskiej 1904—1905 r.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 80, Z. I). Zranienia stawów, spostrzegane przez autora, stanowiły 7 prc. postrzałów. Jestto bardzo duża liczba. W innych wojnach odsetek ten był znacznie mniejszy (n. p. w roku 1870/71 4·1 prc., w wojnie amerykańskiej na Kubie 2·5 prc. i t. d.). Z postrzałów stawowych najczęstsze są zranienia stawu kolanowego (54 prc.), a dopiero potem łokciowego, barkowego, skokowego, biodrowego i nadgarstka. Najczęściej ropieje staw skokowy (obuwie, brudne szmaty, ziemia). Ropienie następuje prawie zawsze, gdy pocisk pozostanie w stawie. W razie wyjścia kuli ze stawu, radzi autor postępować tylko zachowawczo, ustalając kończynę, zwłaszcza do transportu. Po 5—6 dniach w razie braku odczynu rozpoczyna autor miesienie i kąpiele. Gdy przy miesieniu zjawia się gorączka, przerywa je zaraz. Na 157 zranionych, operowano 37, a mianowicie amputowano 14, odjęto kończynę w stawie 2. W razie ropienia stawów na tle zakażenia paciorkowcami, trwającego już pewien czas, można chorego ratować tylko amputacyą. Tak pouczyło autora doświadczenie kliniczne i bakteryologiczne. Nacięcia i wycięcia stawów dały 66·7 prc. wyleczeń. Śmiertelność postrzałów stawowych wynosiła 4·46 prc. *Klęsk.*

Prof. Beck. (N.-York). **Nowy sposób pokrywania ubytków czaszki.** (*Archiv f. klin. Chirurg.* T. 80, Z. I). Przy pokrywaniu ubytków czaszki chodzi głównie o to, by płat użyty nie zrastał się z mózgiem, leżącym wolno w ubytku, gdyż wtedy zamiast wyniku dodatniego, otrzymać możemy jeszcze padaczkę następową. Autor poleca przeto sposób, który zastosował z dobrym wynikiem u chorego na padaczkę Jacksonowską, u którego ubytek wynosił 3 × 1 cali. Po oddzieleniu skóry od mózgu w ubytku odpreparował autor część mięśnia skroniowego wraz z powięzią i okostną, płat ten obrócił i przyszył na ubytku. W ten sposób mózg został pokryty powięzią, nie mającą skłonności do zrostów, a okostna została odwrócona na wierzch. Po pewnym czasie z okostnej zaczęła się tworzyć kość i wróciły niejako stosunki prawidłowe, bo powięź zastąpiła oponę twardą, a okostna stworzyła nad nią kość. *Klęsk.*

Zeman. **Boczne przecięcie przełyku.** (*Časopis lékařů českých* 1906, Nr 24). W przeciągu krótkiego czasu jest to drugi przypadek, ogłoszony ze szpitala powiatowego w Młodym Bolesławiu. W obu przypadkach przeprowadzono operacyę z powodu uwięźnięcia w przełyku połkniętego sztucznego uzębienia. Ostatni chory, 29-letni, połknął swoje sztuczne uzębienie w stanie niepoczytalnym; w szpitalu następnie stwierdzono przy pomocy prześwietlenia obecność obcego ciała w przełyku ponad otworem klatki piersiowej. Ponieważ próby wydobycia drogą ust zawiodły, dokonano przecięcia bocznego przełyku, przełyk otwarto zapomocą długich szczypczyków, wprowadzonych przez usta i wydobyto deszczułkę z 7 zębami i metalowym łącznikiem. Przełyk następnie zeszyto dwuwarstwowo, zewnętrzną ranę sączkowano. Po kilku atoli dniach pękł szew ściany przełyku, a spożyte pokarmy dostawały się przez ranę. Dlatego wprowadzono przez otwór do przełyku dren, zapomocą którego odżywiano chorego; po 14 dniach dren wyjęto, a pozostała przetoka już po 48 godz. tak się zasklepiła, że pokarm przez nią nie przechodził. Autor zaleca przeto przedewszystkiem założenie drenu przez ranę operacyjną do przełyku. *Schnurpfeil.*

Ritter (Berlin). **Nowa metoda doszczętnej operacyi ropni zatoki czołowej z zachowaniem przedniej ściany.** (*Deutsch. med. Wochft.*, Nr 32, 1906). Sposób autora ma za zadanie dozwolić doszczętnie zoperować ropienie jamy czołowej przy zupełnym następowym dodatnim efekcie kosmetycznym. Chcąc więc to uczynić, nie usuwa autor przedniej ściany zatoki, lecz od dołu dostaje się do niej od oczodołu cięciem łukowem, poprowadzonem od końca wcięcia nadoczodołowego do otworu gruszkowatego. Po odsunięciu okostnej, usuwa wyrostek czołowy szczęki górnej i tworzy połączenie zatoki i komórek czołowych z nosem. Potem na najwyższym punkcie zatoki czołowej cięciem pionowem nacina skórę i okostną, wydłutowuje wązki kanał i od góry wyczyszcza zatokę. Zatokę tamponuje od nosa, skórę zaszywa w całości. Szwy należy z obawy zropienia usuwać bardzo prędko (w 24—48 godzin), tampony w drugiej dobie. Często nie potrzeba już potem sączkować. *Klęsk.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Bromprotylin w chorobach układu nerwowego poleca Rebaudi (*Cron. della Clin. med. di Genova* 1906, Nr 3), przytaczając kilka bardzo starannie spostrzeganych przypadków z kliniki prof. Maragliano. U 15-letniego chłopca, cierpiącego na samorodną padaczkę, ustąpiły napady po 6 tygodniach i poprawił się stan ogólny. Cierpiąca na neurestanię i niedokrwistość 30-letnia kobieta wyzdrowiała po 2 miesiącach, podobnie 34-letni kolejowiec, neurastenik, wrócił po 6 tygodniach do zupełnego zdrowia i przybyło mu $2\frac{1}{2}$ klgr. wagi. *Hf.*

Tyreoidyna działa zbawiennie w przypadkach **obrzęku śluzowatego i choroby Basedowa.** Prof. Konrad Alt (*Münch. med. Wochs.* 1904, Nr 24) tłómaczy to działanie z jednej strony wzmożonem wydalaniem fosforu drogą moczu, z drugiej zaś wzmożonem przyswajaniem go w jelitach. Dlatego też podaje A. równocześnie **protylinę,** przetwór białkowy, obfitujący we fosfor, dodając 20—30 gr. dziennie do potraw. Doświadczenia dotychczasowe, połączone z badaniem wymiany materyi, przemawiają na korzyść tego sposobu leczenia. *Hf.*

Tigenol (Alberto del Monte, *Archivo di Ottalmologia, Vol XIII, fasc.* $^5/_6$) stosowano w klinice ocznej neapolitańskiej w przewlekłem zapaleniu woreczka łzowego w postaci 10 prc. roczczynu, którym woreczek przepłukiwano. Prawie zawsze osiągano w krótkim czasie wynik dobry. W przypadkach zapalenia powiek stosowano maść (*thigenol, vaselin aa 5·0, cerae alb. 2·5*), która okazała się mniej drażniącą od maści precypitatowej. W opryszczkach spojówki i rogówki stosowano tigenol w maści 50—80 prc. lub też czysty. By usunąć uczucie palenia, dobrze jest znieczulić spojówkę poprzednio kroplą kokainy. *Hf.*

Perhydrol Mercka znajduje coraz szersze zastosowanie w lecznictwie. W dziedzinie chorób wewnętrznych polecają środek ten w przypadkach zapaleń gardła, błonicy, biegunek, cholery, duru brzusznego, niedowładu jelit, nieżytów żołądka i wrzodu żołądka. W chirurgii stwierdzono dobre jego działanie w sprawach ropnych, posokowatych i zgorzelinowych, obok tego przy przeszczepieniach i w chirurgii mózgu. Ginekolodzy stosują go chętnie w sprawach ropnych i w owrzodzeniach sromu, pochwy i części pochwowej. Również w zakresie chorób skórnych stwierdzono wpływ korzystny w znamionach barwikowych, łuszczycy, strupniu, owrzodzeniach kiłowych, wrzodach miękkich, wrzodach goleni, kilakach skóry, zgorzelinowych sprawach skóry, łuszczycy jamy ustnej i rtęciczem jej zapaleniu. Dobre usługi oddaje perhydrol także w przewlekłym nieżycie pęcherza i w wiewiórze ostrym i w przewlekłym. Lekarze chorób ocznych polecają go w ropnych sprawach spojówek i w owrzodzeniach rogówek, szczególnie pochodzenia urazowego. W zapaleniu ucha środkowego, szczególnie przewlekłem, stwierdzili już liczni autorowie skutek dobry. Dentyści używają go do odkażenia kanałów i wogóle do oczyszczenia pola operacyjnego, polecają go również jako wodę do płukania. *L.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 26 czerwca 1906.

Landau Anastazy odczytał rzecz pod tytułem: **„O leczeniu moczówki cukrowej jednostajną dyetą owsianą“.** Wprowadzoną przez Noordena dyetę owsianą w postaci nieco zmienionej (100 gr. mąki owsianej, 80 gr. roboratu, 100 gr. masła i 100 gr. smalcu) zastosował autor u dwu chorych na cukrzycę ciężką i umiarkowanie ciężką i wyniki tej metody leczenia zestawił z uzyskanymi przy dyecie ścisłej bez i z dodaniem alkaliów. L.

otrzymał wyniki zadowalniające: u chorego, dotkniętego ciężką postacią cukrzycy, tolerancya węglowodanowa nie uległa zmianie, natomiast dyeta owsiana wywarła bardzo dodatni wpływ na objawy zatrucia kwaśnego (znaczne zmniejszenie się amoniaku w moczu). U drugiego przy również wybitnym wpływie na acydozę zauważyć się dała i pewna poprawa tolerancyi węglowodanowej, znikł bowiem z moczu w okresie dyety owsianej cukier, którego chory nie przestawał wydzielać podczas dyety ścisłej. Dodatnie działanie mąki owsianej przy cukrzycy przypisuje L. odrębnej budowie chemicznej krochmalu owsianego w porównaniu z innymi gatunkami krochmalu. Wniosek swój autor wyprowadza przez analogię, opierając się na niejednakowej zdolności, z jaką ustrój chorego na cukrzycę spala inne węglowodany zależnie od ich budowy. *I. L.*

III. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1 kwietnia 1905 do d. 1 kwietnia 1906 r.

Ułożył

dr Kazimierz Dłuski.

Pozwalamy sobie podać do publicznej wiadomości trzecie z rzędu sprawozdanie z działalności Sanatoryum. Z przyczyn od nas niezależnych pojawia się ono w druku później od poprzednich. Sądzimy, że wzbudzi ono pewne zajęcie, jak i dawniejsze, nietylko wśród lekarzy polskich, lecz i wśród szerszej publiczności, gdyż działalność Zakładu dotyka zblizka najistotniejszej sprawy całego ogółu i każdej jednostki — zdrowia.

Ogólna liczba chorych w tym okresie wynosi 267 osób. Z tej liczby na Polaków przypada 244, na Rosyan 19, na inne narodowości 4 (1 Kroat, 1 Węgier i 2 Niemki). Ogólna liczba dni leczenia wynosi 23581; średnio na jednego chorego wypada 88,5 dni.

W tablicy, zawierającej wyniki leczenia, umieściliśmy tylko 229 chorych, strącając z ogólnej liczby (267) chorych 38, a mianowicie:

1) 28, których leczenie trwało mniej niż 30 dni, co stanowi czas minimalny dla wyrobienia sobie pojęcia o możliwych skutkach leczenia.

2) 9, którzy w dniu 1 kwietnia 1906 r. nie leczyli się jeszcze całych 30 dni w Sanatoryum.

3) nakoniec 1 »profilaktyk«.

Zaznaczyć tu wypada, że w ogólnej liczbie 229 chorych, będących przedmiotem naszego sprawozdania, mamy 24 osoby, które leczyły się w Sanatoryum po raz drugi i 4 osoby, które leczyły się po raz trzeci.

Metoda lecznicza, jaką wyłącznie się posługujemy od chwili otwarcia Sanatoryum, została stworzona przez Brehmera i Dettweilera i wydoskonalona przez ich szkołę. Do żadnych środków swoistych dotąd nie uciekaliśmy się. Jeszcze raz powtórzymy to, co już zaznaczyliśmy w poprzednich sprawozdaniach, że środki te nie są jeszcze dostatecznie wypróbowane. Dość powołać się na różnicę poglądów, jakie się przejawiły na ostatnim paryskim zjeździe, gdzie różne tuberkuliny lub surowice: Kocha, Denysa, Marmorka i innych, były kolejno zalecane, jako najlepsze środki w walce z gruźlicą, lub na świeżą monografię takiej powagi, jak prof. Sahli z Berna, który dowodzi, że wszelkie używane dotąd metody wstrzykiwania tuberkuliny Kocha i innych oparte były na błędnych zasadach i mogły przynieść chorym więcej szkody, niż pożytku. Sam zaś Sahli poleca tuberkulinę prof. Beranecka z Neuchatelu, ale w dawkowaniu znacznie mniejszem i ostrożniejszem[1]). Wobec tylu sporów w tej sprawie należy zachowywać się ostrożnie i nie poddawać chorych niepewnym próbom. Wychodząc z zasady: *primum non nocere*, pozostajemy dotąd na gruncie wyłącznego stosowania metody higieniczno-dyetetycznej, mającej za sobą pół wieku doświadczenia, obfitego w skutki, równie niezaprzeczalne, jak doniosłe pod względem lekarskim i społecznym. Liczby nasze dowodzą, że uzyskane u nas wyniki lecznicze są zupełnie zadowalniające[2]).

Mówić obszerniej o metodzie Brehmera-Dettweilera, jako powszechnie znanej, nie będziemy. Streszcza ją w ogólnych zarysach znany specyalista prof. Penzold w swej pracy »Behandlung der Lungentuberkulose« w następujący sposób: Środka swoistego, na podobieństwo rtęci w przymiocie, dla leczenia gruźlicy płuc nie posiadamy. Za najlepszy środek wedle zdania wszystkich, w sprawie leczenia gruźlicy doświadczonych lekarzy uważaną być musi metoda higieniczno-dyetetyczna. Obmyślona i zastosowana naprzód przez Brehmera, wydoskonalona przez Dettweilera, Drivera i innych, opartą została, zwłaszcza przez niemiecką szkołę, na podstawie leczenia w zamkniętych zakładach, w sanatoryach, jako jedynie dających pewność dokładnego jej wykonania. Polega ona, w krótkich słowach, na obfitem odżywianiu, jak najszerszem używaniu świeżego powietrza, spokoju i dokładnie oznaczonej ilości ruchu, hartowaniu ciała, wpływie psychicznym i unikaniu wszelkich szkodliwych dla zdrowia czynników«.

Metodę tę, wedle naszych sił i środków, staramy się stosować jak najlepiej dla dobra chorych. A więc dajemy im pożywienie zdrowe i obfite, składające się z 6 posiłków dziennie, oraz mleka na żądanie, co wynosi $1^1/_2$ litra na chorego dziennie. Oczywiście w układaniu pokarmów liczymy się bardzo z czynnościami trawienia, podlegającemi, jak wiadomo, w przebiegu gruźlicy płuc częstym zaburzeniom. Odpowiednia dyeta w połączeniu z klimatycznem leczeniem niejednokrotnie dają w krótkim czasie pomyślne wyniki, bez stosowania żadnych szczególnych leków. Naruszone czynności powracają do stanu prawidłowego, chory zaś, który się uskarżał na rozmaite dolegliwości żołądkowe i jelitowe, zaczyna w krótkim przeciągu czasu czuć się zupełnie dobrze i odżywiać, bez szczególnego wyboru pokarmów, w sposób prawidłowy.

Przy stałem używaniu świeżego powietrza uwzględnienie wielkiego spokoju, oraz dokładne oznaczenie ilości ruchu ma swe wielkie uzasadnienie w tem, że chorzy na gruźlicę bardzo łatwo tracą równowagę ciepłoty. Stosownie do stanu płuc i do pewnej wrażliwości nerwowej, ściśle związanej z samą istotą gruźlicy, chory bardzo łatwo ulega wzniesieniom ciepłoty, które ujemnie wpływają na przebieg leczenia.

Zgodnie więc z praktyką, wyrobioną w sanatoryach zachodnio-europejskich, spędzają chorzy w różnych odstępach czasu 6 godzin na leżeniu na werandach. Oprocz tego chorzy z ciepłotą prawidłową i przy dobrym stanie sił mają 2—3 godzin przechadzki w tych godzinach, w których nie leżą na werandach. Przechadzki jednak, pod nadzorem lekarskim, zaczynają się od krótkich 10—15-minutowych 2—3 razy dziennie i po równym terenie, zwłaszcza dla chorych, którzy świeżo do zakładu przybyli i jeszcze do wysokogórskiego klimatu się nie przyzwyczaili. Dopiero po dokładniejszem zapoznaniu się z chorym i przy należytem ocenieniu jego sił, dozwolone są przechadzki coraz dalsze i po ścieżkach z coraz większem wzniesieniem w parku zakładowym lub dalej poza jego granicami. Uważamy taki sposób postępowania za odpowiedni, gdyż chorzy niejednokrotnie przeceniają swe siły, zaś nadmiar ruchu często przynosi im szkodę, narażając na zbytnie zmęczenie lub wywołując powikłania niepożądane dla płuc lub opłucnej. Oczywiście chorzy gorączkujący leżą w łóżku aż do odzyskania prawidłowej ciepłoty i przy zezwalaniu na spacery są przedmiotem szczególnej ostrożności.

Nie mając innego »swoistego leku« bezpośrednio dla płuc, jak świeże powietrze, staramy się, aby chorzy korzystali z niego w jak najszerszych granicach, nietylko we dnie, lecz i w nocy, sypiając, stosownie do stanu pogody, przy otwartych całych oknach lub górnych szybach. Choć nie mogliśmy przeprowadzić obowiązkowego leżenia na werandach w godzinach wieczornych, jak to się dzieje w sanatoryach niemieckich, z tego powodu, iż Polacy z trudnością nałamują się do karności sanatoryalnej, a tembardziej do nudnego z natury swej leżenia na werandach — szczególniej ludzie przywykli do czynnego życia — jednak wielu chorych korzysta z tego »nieobowiązkowego« leżenia na werandach, zwłaszcza podczas sprzyjającej pogody, i nietylko latem, lecz i zimą.

[1]) Über Tuberkulinbehandlung, Basel 1906.

[2]) Oprócz powszechnie używanych w gruźlicy leków, stosownie do rożnych jej objawów, posługiwaliśmy się dla zwalczania niedokrwistości przetworami żelaza, dla podniesienia stanu ogólnego wstrzykiwaniami arsykodylu (w znacznej większości przypadków z dodatnim skutkiem), a także przetworami odżywczymi (somatoza, sanatogen i t. d.). Przeciw gruźlicy krtani stosowaliśmy 10 prc. oliwę mentolową, rozczyn Lugola, ortoform i t. d. i t. d. Dodajmy jeszcze, że przy bólach i kłuciu w suchem zapaleniu opłucnej robiliśmy naświetlania światłem fioletowem i mieliśmy bardzo zadowalniające wyniki w tych przypadkach, gdzie wszelkie inne zewnętrzne środki były bezskuteczne.

Celem zahartowania ciała i większego uodpornienia ustroju stosujemy nacierania wodą z wyskokiem lub czystą, jeżeli nie ma szczególnych przeciwwskazań. Chorzy z małymi wyjątkami znoszą je dobrze, lubią i odczuwają w krótkim przeciągu czasu dodatnie ich skutki, w pierwszym rzędzie większą wytrzymałość na zmiany ciepłoty. U chorych, nie mających skłonności do krwioplucia, a posiadających większą odporność, stosujemy z kolei natryski, z obniżającą się w ciągu 20—30 sekund ciepłotą od 35°—10° C.

Liczba chorych, która korzystała z nacierań, wynosi 173, z natrysków 41. Ale leczenie klimatyczne nie kończy się na używaniu świeżego powietrza, obfitem odżywianiu i hartowaniu ciała. Wszystko to dotyczy osoby fizycznej człowieka i sprawności poszczególnych części jego ustroju. Tutaj już zadanie lekarza jest bardzo złożone i wymaga ciągłej, nieustającej czujności, aby chorego uchronić od wszelkich szkodliwych czynników, na które, przy swej zwykłej lekkomyślności, tak łatwo może się narazić. Chodzi jeszcze o wpływ psychiczny, który słusznie podkreśla Penzold, — wpływ tak niezmiernie ważny, a nie zawsze w sanatoryach dostatecznie uwzględniony. Zbyteczna mówić, jak już u zdrowego człowieka stan psychiczny, odbijając się w pierwszym rzędzie na nerwach, wpływa przez nie na takie ważne czynności ustroju, jak łaknienie i trawienie z jednej, a sen z drugiej strony. A cóż dopiero u chorego na gruźlicę, który przez samą chorobę jest w stanie ciągłego napięcia nerwowego i przez lada błahą przyczynę może być z równowagi psychicznej wytrącony. Tutaj zadanie lekarza jest jeszcze mozolniejsze. Mając na swem sumieniu odpowiedzialność za pomyślny przebieg leczenia chorego, powinien znać dokładnie całe psychiczne »ja« chorego, wejść we wszystkie tajniki jego dręczonej nędzą cielesną duszy, zrozumieć dążenia i pragnienia, odczuć jego bole i radości, a wtedy zdoła zadzierzgnąć silny węzeł spójni, dający mu wielki wpływ na chorego. Z taką bronią w ręku dokona wiele. — Zadanie trudne. — Jeśli przysłowie o beczce soli stosuje się do człowieka zdrowego, to cóż powiedzieć o chorym, który z natury rzeczy jest skrytszym, podejrzliwszym, wrażliwszym, którego warunki życia są przez chorobę często w sposób bardzo przykry pogmatwane, a życie samo na czas dłuższy lub krótszy wykolejone. Tutaj ma się do czynienia z jednostką nieprawidłową, która, aby uzyskać jak najwięcej pożytku z leczenia, powinna być w stanie możliwie najprawidłowszym. Więc obowiązkiem lekarza jest oddziaływać ciągle na chorego tak, aby wszystkie nieprawidłowości jak najbardziej łagodzić, aby nie dopuszczać go do stanów zniechęcenia lub zwątpienia, podtrzymywać w nim stale wiarę w wyleczenie, jednem słowem utrzymywać go ciągle w równowadze duchowej. Wymaga to ze strony lekarza przedewszystkiem serdecznego zajęcia się stanem zdrowia i całą osobą chorego, a następnie dużej siły woli, wielkiej cierpliwości i wyrozumiałości. Przy takich warunkach zadanie, acz trudne, jest rozwiązalnem i rozwiązanem być musi.

Obok strony psychicznej uwzględnioną jest strona umysłowa chorych. Jestto z tego względu ważne, że zakład nasz, położony wśród czystego wiejskiego i leśnego powietrza, zdala od wszelkiego ogniska kulturalnego, daje największą gwarancyę pod względem higienicznym, ale czyni życie chorych jednostajnem i nudnem. Dla zaspokojenia swych potrzeb umysłowych mają na miejscu czytelnię i bibliotekę, zaopatrzone w sporą ilość pism i dzieł. Od czasu do czasu na scenie miejscowego teatrzyku odbywają się przedstawienia trup krakowskich lub lwowskich, koncerty przejezdnych artystów, wreszcie sami chorzy (oczywiście najsilniejsi) urządzają pod nadzorem lekarskim przedstawienia amatorskie, budzące zwykle wielkie zajęcie wśród całego grona leczących się. Tym sposobem chory, który na początku leczenia skarży się na ciężkie nowe warunki, na odcięcie go od rodziny i zwykłych zajęć, powoli przywyka do zakładu, do regularnego karnego trybu życia i wraca do równowagi psychicznej, a to wszystko wpływa dodatnio na cały przebieg leczenia.

(Dok. nast.)

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Warszawskie „Stowarzyszenie lekarzy polskich" wobec tego, że ustawa jego została zatwierdzoną przez władzę 11 sierpnia 1906, rozpoczyna swoją działalność.

Zakres działania Towarzystwa, nie mającego żadnej barwy politycznej, jest nader obszerny, gdyż obok zadań, wypełnianych gdzieindziej przez Izby lekarskie i stowarzyszenia zawodowe, obejmuje także czynności na polu naukowem. § 2 ustawy wymienia następujące cele Towarzystwa: 1) omawianie i formułowanie potrzeb i życzeń w sprawach zawodowych, 2) strzeżenie godności stanu, 3) dążenie do wytworzenia Izby lekarskiej, 4) reorganizacya służby lekarskiej i szpitalnictwa w Królestwie polskiem, 5) opracowywanie, rozpatrywanie i przedstawianie władzom projektów reform w sprawach lekarskich, higienicznych i policyjno-lekarskich, 6) dążenie do wytworzenia Krajowej Rady zdrowia, 7) dopomaganie powstawaniu i rozwojowi szkolnictwa lekarskiego, 8) organizacya kursów lekarskich uzupełniających, 9) urządzanie zjazdów i wystaw lekarskich, 10) udzielanie zapomóg na cele naukowe, 11) zakładanie pracowni, muzeów, bibliotek i innych instytucyi naukowych, 12) wydawanie czasopism lekarskich, inicyatywa do ich wydawania i przekształcania, 13) wydawanie dzieł lekarskich, 14) zakładanie wszelakich kas zapomogowych, pożyczkowych i t. d., 15) pośrednictwo w poszukiwaniu posad i lekarzy, 16) wypracowywanie ustaw dla lekarzy fabrycznych, kolejowych, miejskich i t. d., 17) obrona praw i interesów materyalnych lekarzy, 18) pośredniczenie między władzami a lekarzami. — § 3 ustawy uprawnia Stowarzyszenie do sądów polubownych i do rozsądzania spraw z zakresu deontologii lekarskiej, a § 4 określa towarzyskie cele Stowarzyszenia (czytelnia, zebrania i t. p.).

Założycielami Towarzystwa, wymienionymi w ustawie, są drdr: Z. Sławiński, W. Horodyński, Wł. Bruner, K. Rzętkowski, W. Szumlański, Henryk Nusbaum, Bron. Sawicki, J. Jaworski, A. Gabszewicz, A. Ciechomski, Kazimierz Zieliński.

Członkiem rzeczywistym może być każdy lekarz bez różnicy płci i narodowości, przyjęty przez balotowanie na podstawie wniesionego przez siebie podania z opisem swego życia i powołaniem się na 2 członków Stowarzyszenia. Wkładka roczna wynosić ma przynajmniej rubli 6.

Siedzibą Zarządu (12 członków i 6 zastępców) Stowarzyszenia, mogącego tworzyć oddziały także na prowincyi, jest Warszawa.

Pisma lekarskie warszawskie z radością witają nowe Towarzystwo, wyrażając nadzieję, że przez gromadne wpisywanie się lekarzy i szybkie tworzenie oddziałów prowincyonalnych zyska Towarzystwo odrazu silną podstawę i niezwłocznie zabierze się do wypełnienia niektórych zadań, jak stworzenie stałego sądu koleżeńskiego, biura pośrednictwa i t. d. »Gaz. lekar.« kładzie nacisk na stworzenie dopełniających kursów lekarskich, powołując się na powodzenie takich kursów w Krakowie i we Lwowie, na opracowanie programu reform w sprawach lekarskich i sanitarnych w ramach przyszłego samorządu, na tworzenie oddziałów prowincyonalnych, któreby mogły wchłonąć w siebie istniejące już prowincyonalne Towarzystwa lekarskie, na tworzenie na prowincyi pracowni, bibliotek i t. d., wreszcie na założenie Kasy emerytalnej.

Z naszej strony życzymy Towarzystwu jak najpomyślniejszego rozwoju i jak najlepszych wyników czekającej je rozległej pracy na tylu, odłogiem dotąd leżących polach. *R.*

Sprawozdanie z czwartego kursu dla dezynfektorów we Lwowie. W bieżącym roku urządził fizyk miasta Lwowa czwarty bezpłatny kurs dla wykształcenia służby dezynfektorskiej, Na zaproszenie, wysłane za pośrednictwem c. k. Namiestnictwa. Wydziału Krajowego i głównego zarządu Kółek rolniczych, zgłosiły następujące gminy gotowość wysłania kandydatów na dezynfektorów. 1. Knihinin 2. Bilka królewska, 3. Rohatyn, 4. Podborce, 5. Tarnopol (dwóch), 6. Dobromil, 7. Czyżyków, 8. Chlebowice wielkie, 9. Ottynia, 10. Rymanów, 11. Hołosko wielkie, 12. Sokolniki, 13. Korolówka, 14. Hołosko małe, 15. Halicz, 17. Tustanowice, 17. Nowosiółki, 18. Zubrze, 19. Żydatycze, 20. Bilcze złote, 21. Brzuchowice, 22. Janów, 23. Honiatycze, 24. Kołomyja, 25. Biłohorszcze, 26. Glinna, 27. Podbrzezie, 28. Sroki, 29. Zimnowódka, 30. Kurdynce, 31. Krywcze, 32. Krasów, 33. Lubiana, 34. 1 wolontaryusz z Krakowa, 35. dwaj ze Lwowa — razem 37 osób. Oprócz tych wysłanników gmin wzięli udział w tegorocznym kursie, równie jak w ubiegłym roku, żandarmi, odbywający we Lwowie swą szkołę zwykłą, jakoteż szkołę na naczelników posterunków żandarmeryi w Galicyi. Przybyło 97 żandarmów, 1 oficer żandarmeryi i 3 oficerowie lwowskich pułków, którzy przysłuchiwali się wykładom z wielkiem zainteresowaniem się. Oprócz tego wydano w fizykacie 20 biletów wstępu osobom zgłaszającym się na wykłady, po naj-

większej części akademikom i urzędnikom rozmaitych działów. W liczbie biorących udział w tegorocznym kursie było 2 sekretarzy gminnych, 1 pisarz gminny, 11 członków gminnych straży policyjnych, 15 rolników, 4 oglądaczy zwłok, 1 funkcyonaryusz sanitarny, 1 służący szpitalny, 1 urzędnik prywatny, 1 służący pryw. Dla ułatwienia pobytu zamiejscowym przybyszom ofiarowała reprezentacya miasta Lwowa bezpłatny nocleg w szkole im. św. Antoniego, z którego też prawie wszyscy uczestnicy kursu korzystali. Tamże pozwoliło Prezydyum miasta używać tuszów zimnych, co ze względu na wielkie upały przyjęli uczestnicy kursu z wielką wdzięcznością.

Wykłady teoretyczne i demonstracye naukowe odbyły się w sali wykładowej profesora wszechnicy lwowskiej Dra Becka, za uprzejmem jego pozwoleniem. Ćwiczenia praktyczne odbywano w miejskim zakładzie dezynfekcyjnym. Kurs odbył się w czasie od 20 do 25 sierpnia i składał się z teoretycznych wykładów o chorobach zakaźnych i o dezynfekcyi, tudzież z praktycznych ćwiczeń wykonywania dezynfekcyi. Wykłady, wygłoszone przez fizyka miejskiego Dra Legeżyńskiego, obejmowały naukę o zarazkach chorobowych, jako istocie chorób zakaźnych, o sposobach szerzenia się chorób zakaźnych między ludźmi i zwierzętami, o sposobach, w jaki zaraża się człowiek zdrowy; szczegółowo omawiano niektóre choroby zakaźne jak: cholera, gruźlica, błonica, dur brzuszny i plamisty. Wykłady te były przeplatane wieloma demonstracyami. Pokazano mianowicie fotografie i modele bakteryi w 20—25 tysięcznem powiększeniu i doskonałe tablice do nauki bakteryologii, wydane przez zakład Pasteura w Paryżu, zakupione przez c. k. Ministerstwo spr. wewn. i oddane do użytku fizykatowi lwowskiemu, dalej okazano przy pomocy mikroskopów bakterye barwione i bakterye żywe w kropli wiszącej. Przedstawiono również roznoszenie bakteryi za pośrednictwem muchy (wpuszczono w oczach słuchaczy jedną muchę pod klosz szklany, pod którym rozmieszczono kilka czystych kawałków ziemniaków i jeden z hodowlą prątka krwawego *(bacillus prodigiosus)*; po upływie 24 godzin były ziemniaki zarażone bakteryami, jak o tem świadczyły czerwone plamy na czystych przedtem kawałkach). Dla przekonania słuchaczów, że przez użycie wody, mydła i t. d. można osiągnąć tylko względną czystość rąk, dopiero zaś za użyciem środka odkażającego właściwą czystość, wyhodowano w termostacie kolonie bakteryi, które przez dotykanie palcami osiadły na sterylizowanych płytkach Petriego, a których rozwój mógł każdy uczestnik kursu przez cały tydzień śledzić. W podobny sposób przedstawiano stopień zawartości bakteryi w pajęczynie, w pyle unoszącym się w sali wykładowej i t. p. Doświadczenia te, wykonane w oczach słuchaczy, utkwiły im głęboko w pamięci i ułatwiły im znakomicie zrozumienie istoty chorób zakaźnych. Obok sali wykładowej urządzono muzeum patologiczne, w którem przedstawiono spustoszenia w ustroju ludzkim i zwierzęcym, wywołane chorobami zakaźnemi. Do muzeum tego udzieliły swych zbiorów zakłady patologiczne prof. Obrzuta i prof. Grabowskiego. Wykłady o odkażaniu rozdzielono na dwie części, mianowicie: na naukę o odkażaniu w ogólności, którą objęto sposób odkażania za pomocą gorąca, przez palenie, gotowanie we wrzącej wodzie i użycie przyrządów parowych i za pomocą środków chemicznych, przez użycie wody karbolowej, (lyzolu) krezolu, mleka wapiennego, ługu, sublimatu i formaliny w przyrządach formalinowych (system Dlueggé'go, Zarewicza i berliński Berolina) i użycie odwaniacza amoniakowego. Wykład o odkażaniu szczegółowem obejmował odkażanie w czasie choroby zakaźnej, (urządzenie pokoju dla chorego, odkażanie jego osoby, przedmiotów zakażonych, wydzielin i środki ochronne dla służby, pielęgnującej chorego), odkażanie po skończonej chorobie zakaźnej, a mianowicie odkażanie osoby wyzdrowieńca lub zwłok, dorożki, którą chory jeździł do szpitala, odkażanie wychodka i w końcu mieszkania chorego, t. j. pokoju, sprzętów i ubrań. Szczegółowo wyłożono porządek czynności przy odkażeniu mieszkania za pomocą bielenia ścian i porządek czynności przy odkażeniu mieszkania za pomocą pary formalinowej. Jako podręcznika używali uczestnicy kursu, podobnie jak w roku ubiegłym, dziełka Dra Legeżyńskiego p. t. »Co to jest dezynfekcya i jak się ją wykonuje«?

Ćwiczeniami praktycznemi, które wypełniły resztę czasu, przeznaczonego na kurs, kierował lekarz miejski Dr. Kielanowski. Na ćwiczeniach tych nauczyli się dezynfektorzy w odpowiednio umeblowanych izbach odkażania mieszkania ludzi zamożnych, jak również mieszkania biednej ludności, przyczem uwzględniono przedewszystkiem sposoby najprostsze, najtańsze, a niezawodnie pewne.

Kurs zakończył się egzaminem publicznym w dniu 25 sierpnia, w którym w charakterze egzaminatora raczył wziąć udział krajowy inspektor sanitarny radca Dr. Józef Barzycki i jako słuchacze przybyli W. pp. prezydent miasta Michalski, wiceprezydent Ciuchciński dyrektor Mgtu, kilku radców Mgtu., kilku członków sekcyi sanitarnej Rady miejskiej i kilku lekarzy powiatowych z prowincyi. Egzamin ten udowodnił, że wszyscy uczestnicy kursu byli zupełnie przygotowani i wprawni w wykonywaniu wszelkich istniejących sposobów odkażenia, przyczem niektórzy, obdarzeni większą inteligencyą, udowodnili szczególną bystrość umysłu. Wedle wyniku egzamin zdał jeden kandydat z postępem znakomitym, 13 kandydatów z postępem bardzo dobrym, 15 z postępem dobrym, a 8 z postępem dostatecznym. Wszyscy otrzymali świadectwa uzdolnienia do wykonania odkażania wedle zleceń lekarskich.

Na dotychczasowych kursach, urządzanych przez Dra Legeżyńskiego we Lwowie, wykształcono na egzaminowanych dezynfektorów: w roku 1903 i 1904 po 35 osób, w r. 1905 — 70 osób i 197 żandarmów, w r. 1906 — 37 osób i 97 żandarmów, razem 177 wysłanników z różnych miejscowości w Galicyi i 294 żandarmów, ogółem 471 osób.

Lekarz obowiązany jest do zachowania tajemnicy zawodowej nawet i po śmierci chorego. Tak orzekł saski sąd kraj. wyższy, jak donosi: »Sächsisches Archiv für Rechtspflege«. Pewna dziewczyna zażądała od spadkobierców pewnego zmarłego pieniężnego wynagrodzenia na tej zasadzie, że zmarły zaraził ją i ciężko na zdrowiu uszkodził. Sąd nawet skłaniał się do przyznania odszkodowania, ale dla wydania korzystnego dla skarżącej wyroku trzeba było przeprowadzić dowód, że zmarły istotnie był chory na daną chorobę zaraźliwą. Zeznać to mógł tylko lekarz, który zmarłego leczył, ale lekarz odmówił zeznania, powołując się na tajemnicę zawodową. Pozostali bracia zmarłego nie chcieli zwolnić lekarza od zawodowego jego obowiązku. Na to podniosła skarżąca, że o złamaniu tajemnicy w danym razie nie możnaby mówić i że lekarz zeznając nie naraża się na karę, bo karanym mógłby być tylko na żądanie chorego, a ten zmarł. Sąd przyznał, że bracia nie mogliby skarżyć lekarza o niedochowanie tajemnicy, bo prawo skarżenia nie jest dziedziczne, jako prawo osobowe, a nie czysto rzeczowe; ale też tak samo nie mają bracia prawa zwolnić lekarza od tajemnicy zawodowej. Wprawdzie skarżąca znajduje się w bardzo trudnem położeniu, bo przez uchylenie się lekarza od świadectwa może nawet sprawę przegrać, ale interes jednostki nie wystarcza, by zwolnić lekarza od obowiązku milczenia i sąd nie może się zgodzić na to, żeby materyalny interes jakiejś strony uznać za ważniejszy od zawodowego obowiązku lekarza. Po śmierci chorego nie może lekarz już w ogóle być od tego obowiązku zwolniony. Rozstrzygnięcie to ma zasadnicze znaczenie i w tych przypadkach, gdzie Towarzystwa ubezpieczeń pytają lekarza o przyczynę śmierci ubezpieczonego. *E. S*

Związek austryackich organizacyi lekarskich zwołał zgromadzenie konstytuujące na 28 września 1906 do Wiednia, do sali wiedeńskiej Izby lekarskiej. *E. S.*

Ruch sanatoryalny w Niemczech odźwierciedla sprawozdanie głównego dla tych spraw komitetu za lat 10 (1896—1905). Liczba członków tego stowarzyszenia wzrosła przez ten czas z 400 do 1402, dochody w samym r. 1905 wynosiły pół miliona marek. Komitet zdołał w pierwszem dziesięcioleciu swego działania powołać w Niemczech do życia 85 uzdrowisk ludowych dla dorosłych z 2000 łóżek i 14 uzdrowisk dla dzieci z 500 łóżkami. Komitet wypłacił nadto przez ten czas $1^1/_2$ miliona marek subwencyi na budowę schronisk dla dzieci wątłych i zołzowatych. Schronisk tych jest obecnie w Niemczech 54. Dalej istnieje około 50 uzdrowisk leśnych, dla których komitet dostarczył 21 baraków Döckerowskich i wypłacił przeszło 130,000 marek. Obecnie komitet zwrócił swą działalność głównie ku zapobieganiu gruźlicy, zmieniając stosownie do tego swą nazwę na »Deutsches Zentral — Komitée zur Bekämpfung der Tuberkulose«. *R.*

Postanowienia dla systematycznego zwalczania wszelakich zatruć w przemyśle ułożyło biuro międzynarodowego związku dla ochrony robotników i przedłożyło je obecnie wszystkim rządom. Znajdujemy tam następujące projekty: Lekarze i szpitale mają być odtąd obowiązani donosić odpowiednim władzom sanitarnym o zatruciach w przemyśle, za co lekarzy należy osobno wynagradzać. W krajach, w których istnieje ustawowy obowiązek ubezpieczenia robotnika na przypadek choroby,

należy lekarzy tych przedsiębiorstw, które trucizny wyrabiają lub używają, uczynić zupełnie niezależnymi od właścicieli przedsiębiorstw. O wytwarzaniu i stosowaniu trucizn w przemyśle powinni być obowiązani ustawą donosić właściciele przedsiębiorstw. Zarządom kas chorych powinno się wyjaśniać, że w ich własnym interesie leży szczególnie baczyć na stosunki zdrowotne tych swych członków, którzy pracując stykają się z truciznami i że dlatego powinny władzom przedkładać szczegółowe tablice chorobowości w tych rodzajach przemysłu, a to w celu zwalczania przyczyn zatrucia. Powinno się kłaść nacisk już w czasie studyów lekarskich na naukę o zatruciach zawodowych, szczególnie pod względem zapobiegawczego działania. Doglądać i nadzorować przedsiębiorstwa, które trucizny wyrabiają lub używają, powinni obok lekarzy kasowych jeszcze i w higienie przemysłowej wykształceni urzędowi lekarze. Czas pracy robotników, narażonych na zatrucie, powinien być uregulowany wedle stopnia niebezpieczeństwa i ciężkości zatrucia. *E. Stahr.*

Szpital odpowiada za zawinienie służby, tak orzekł sąd krajowy w Essen. Wyrok taki wydał w sprawie, w której chodziło o wysoko gorączkującego i bredzącego parobka chorego na zapalenie płuc, a przewiezionego do szpitala na zarządzenie lekarza. Chory w nieobecności posługacza wyskoczył oknem i zmarł później z powodu obrażeń, doznanych przy upadku. Wdowa i sieroty pozwały przed sąd szpital o odszkodowanie. Sąd przyznał pozywającej rodzinie odszkodowanie z następującem uzasadnieniem: Jeśli chory udaje się do szpitala i zostaje tam przyjęty, to między nim a szpitalem powstaje układ; gdy chory obowiązuje się uiścić umówioną zapłatę, to szpital obowiązuje się do udzielenia choremu pokoju, pożywienia, leczenia i opieki. Opieka jest najważniejszą częścią zobowiązania, a w danym przypadku szpital tego nie dopełnił. Lekarz zakładowy wydał ostre polecenie bacznie pilnować chorego, posługacz zatem nie powinien był się wydalać z pokoju. Za zawinienie posługacza odpowiada instytucya i dlatego musi pokryć całą szkodę. *E. S.*

Zdemaskowani przeciwnicy szczepienia. Od 2 lat powołują się przeciwnicy szczepienia w swych pismach i przytaczają na publicznych zgromadzeniach orzeczenie uniwersytetu charkowskiego, które przeciw szczepieniu stanowczo się oświadcza. Orzeczenie to stanowiło w wszystkich petycyach, »lekarzy naturalnych« i przeciwników wiwisekcyi najmocniejszy argument. Także i w dolnoaustryackim sejmie wniesiono interpelacyę przeciw szczepieniu, w której się na owo charkowskie orzeczenie powoływano. Niedawno jednak sprawa ta wzięła niespodziewany obrót. Prof. Paltauf z Wiednia, który nie mógł uwierzyć w autentyczność podobnego orzeczenia, zwrócił się przed kilku tygodniami do jednego z profesorów w Charkowie z prośbą o wyjaśnienie. Niedługo nadeszła ciekawa odpowiedź: Orzeczenie istnieje, ale z przed lat kilkudziesięciu. Z grona ówczesnych autorów orzeczenia zmarli już wszyscy, prócz dwóch. Ci dwaj jednak stali się tymczasem zwolennikami szczepienia. W całej Rosyi przepisuje obecnie ustawa szczepienie ospy i uniwersytet charkowski na pewno »wypędziłby« — jak się charkowski profesor drastycznie wyraża — »każdego lekarza do djabła«, któryby wątpił w naukowy pewnik, że szczepienie jest korzystne. *E. S.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 16 do 22 września 1906 doniesiono o nowych przypadkach ospy 2 w 1 gminie (m. Brody 2), duru plamistego 20 przypadków w 11 gminach, a mianowicie pow. Brzeżany (m. Brzeżany 1), Drohobycz (Raniowice 4), Jarosław (Dobcza 2), Jaworów (Jazów stary 2), Kałusz (Nowica 1, Ćwitowa 2), Przemyślany (Przegnojów 1), Śniatyn (Śniatyn 1), Stryj (Grabowiec str. 1), Zaleszczyki (Milowce 4), Złoczów (Złoczów 1). *T.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 16 a 22/IX b. r. urodziło się dzieci żywo 58, nieżywo 4; zmarło osób 41 (obcych 14); z tego z gruźlicy 9 (3), zapalenia płuc 2 (1), błonicy 1 (1), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry — (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego — (—), czerwonki — (—), cholery niemowląt 3 (—), innych chorób zakaźnych — (—), śmierci gwałtownej 2 (2).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Prof. chemii lekarskiej dr Aleksander Stopczański, z okazyi przeniesienia go na własne żądanie w stały stan spoczynku, otrzymał tytuł radcy dworu; prof. nadzwyczajnego dra Leona Marchlewskiego zamianowano zwyczajnym profesorem chemii lekarskiej.

— Prof. Kazimierza Kostaneckiego mianował uniwersytet w Aberdeen z okazyi swego 400-letniego jubileuszu swym doktorem honorowym.

— Porządek dzienny XI. wiecu austryackich Izb lekarskich 16. i 17 października w Krakowie obejmuje: 1) Sprawozdanie Izby gospodarczej (zach.-gal.). 2) Sprawozdanie wydziału wykonawczego Izb i projekt regulaminu. 3) Referat Izby wiedeńskiej o projekcie reformy w sprawie recept. 4) Referat Izby wiedeńskiej o wykonywaniu miesienia przez laików. 5) Wniosek Izby wiedeńskiej w sprawie reformy lekarskich ubezpieczeń od wypadku i odpowiedzialności. 6) Referat Izby zach.-galicyj. o utworzeniu państwowego instytutu pensyjnego dla lekarzy, oraz ich wdów i sierót. 7) Sprawa umowy Izb z prywatnemi towarzystwami ubezpieczeń od wypadków. 8) Wniosek Izby morawskiej (sekcya niemiecka) o odniesienie się do ministerstwa skarbu w sprawie nieprawnego pobierania od lekarzy dodatku na rzecz Izb handlowych i przemysłowych. 9) Wniosek Izby wschod.-gal. w sprawie nagłej potrzeby wydania ustawy o tłumieniu epidemii. 10) Wniosek Izby wschod.-gal. o wprowadzeniu instytucyi lekarzy szkolnych dla szkół średnich i ludowych. 11) Wniosek Izby wschod.-gal., aby wiec Izb wyraził ponownie potrzebę utworzenia ministerstwa dla spraw sanitarnych. 12) Wybór Izby gospodarczej i wydziału wykonawczego na rok następny.

— Na wystawie higienicznej w Wiedniu otrzymał prof. dr Wincenty Łepkowski dyplom honorowy za swoje pomysły w dziedzinie techniki dentystycznej.

— Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lekarzy galic. odbędzie się 2. października 1906 o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powsz. w Jarosławiu. Na porządku dziennym są odczyty drów: Fechtera, Rossbergera i Macha, oraz sprawy zawodowe.

— Nowy szpital XX. Bonifratrów w Krakowie otwarty zostanie 4 października b. r.

— Szpital w Tarnowie będzie gruntownie przebudowany, zaopatrzony w wodociągi, łazienki, kanalizacyę, na czem mu dotąd zbywało. Nadto wybudowany będzie nowy pawilon chirurgiczny na 50 łóżek. Wiadomość to tem pożądańsza, że z prowincyonalnych szpitali galicyjskich miał tarnowski niemal najgorsze pomieszczenie, a przebudowa była istotnie piekącą potrzebą.

Warszawa. Do Koła lekarskiego Polskiej Macierzy szkolnej zapisało się około 300 lekarzy, którzy złożyli gotówką około 2,000 rb. Koło otwiera wzorową szkołę elementarną przy ulicy Solnej Nr 17.

— Na sprawozdawcę z piśmiennictwa polskiego do miesięcznika »Internationales Centralblatt für die gesammte Tuberculose-Literatur« zaproszono dr Seweryna Sterlinga (Łódź), który prosi o nadsyłanie mu odbitek z prac polskich z zakresu gruźlicy.

Z różnych stron. Komitet gospodarczy XIV. międzynarodowego zjazdu higienicznego (23—27 września 1907) wybrał już przewodniczących i sekretarzy poszczególnych sekcyi. Przewodniczącymi sekcyi są: I (higieniczna mikrobiologia i parazytologia) prof. Flügge (Wrocław, Maxstrasse 4), II (higiena żywienia i fizyologia higieniczna) prof. Rubner (Berlin N. 4, Hessische Strasse 4), III (higiena dziecięctwa i szkoły) prof. Heubner (Berlin NW. 40, Kronprinzenufer 12), IV (higiena przemysłu) prof. Renk (Drezno, Münchenerstrasse 9), V (zwalczanie chorób zakaźnych i opieka nad chorymi) prof. Gaffky (Berlin N. 39, Nordufer), VIa (higiena mieszkań, miejscowości i wód) prof. Gruber (Monachium), VIb (higiena komunikacyi) dr Schwechter (Berlin W. 35, Derfflingstrasse 5), VII (higiena wojskowa, kolonialna i okrętowa) prof. Kern (Berlin NW. 7, Friedrichstr. 141), VIII (demografia) dr van der Borght (Berlin W. 10, Lützowufer).

— W Nr 37 »Deutsche med. Wochenschrift« znajduje się na stronie 1505 następująca uwaga: »Ulubionej przez niektórych pp. asystentów etc. uwagi, pomieszczanej na końcu prac, w której dziękują swym przełożonym za pomoc i za wskazówki wśród pracy, nie będziemy nadal drukowali. Rozumie się bowiem samo przez się, że pp. asystenci poczuwają się do wdzięczności wobec swych przełożonych, których zawsze wyraźnie w nagłówku pracy

wymieniamy: zaznaczanie tej wdzięczności za każdym razem uważamy zgodnie z wielu naszymi czytelnikami za zbyteczne. Redakcya«. *E. S.*

— Prof. Neisser z Wrocławia wyprawia się powtórnie do Batawii dla dalszych doświadczalnych badań kiły, na które rząd niemiecki udzielił mu 100,000 mk. (Dotychczas na swoje doświadczenia łożył przez 2 lata prof. Neisser z własnych funduszów). W wyprawie towarzyszyć będzie niemieckiemu badaczowi mikrobiolog dr Prowazek i dermatolog dr Bruck, a nadto zastanie prof. Neisser w Batawii 2 swoich asystentów, prowadzących jeszcze od pierwszej wyprawy w dalszym ciągu badania.

— Ku uczczeniu pamięci Schaudinna udzielanym będzie w każdą rocznicę jego śmierci medal jego imienia za wybitne prace z zakresu mikrobiologii, na co zebrano już fundusze.

— Następny zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Dreznie.

— W Stuttgardzie zawiązało się niemieckie Towarzystwo urologiczne; zjazdy tego Towarzystwa odbywać się będą co dwa lata, naprzemian w Wiedniu i Berlinie, pierwszy raz w 1907 r. w Wiedniu. Przewodniczącymi wybrano prof. Frischa i Posnera.

— Wiedeńska Akademia Umiejętności otrzymała od rządu austryackiego 10,000 klg. rudy uranowej z Joachimsthalu celem wydobycia radu i badań naukowych. Wartość wydobytego radu wyniosła około miliona koron. W Joachimsthalu ma być stworzony zakład leczniczy celem wyzyskania promieniotwórczości tamtejszych wód.

— Związek lekarzy belgijskich uchwalił, że do szpitali mają być przyjmowani tylko chorzy niezamożni — bezpłatnie. Za robotników, dotkniętych wypadkiem przy pracy, płacić ma pracodawca, o ile robotnik przyjęty został do szpitala przed upływem 6 miesięcy od wypadku. Lekarze szpitalni mają być tak wynagradzani, jak prywatni.

— W Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu ubiegać się mogą o stopień doktora w tym roku także kobiety. Podania wnosić należy do 1 października (s. s.).

— Napływ słuchaczek na otwarte w Moskwie żeńskie kursa lekarskie jest olbrzymi. Na 150 miejsc zgłosiło się około 1000 kandydatek.

— Do akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu przyjęto z 700 kandydatów tylko 93, wśród nich jednego izraelitę, a ten wyjątek jest podobno pierwszym od czasów istnienia akademii.

Mianowani: Doc. Ossipow z Petersburga profesorem psychiatryi w Kazaniu; doc. Port profesorem dentystyki w Heidelbergu.

Dr Kazimierz Habicht sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Zmarli: Znany okulista prof. Cohn we Wrocławiu, zasłużony badaniami w zakresie higieny wzroku, zwłaszcza u dzieci szkolnych.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 36. Dzierzgowski: Przyczynek do teoryi działania sztucznych filtrów biologicznych. Jaworski J.: O miesiączce zastępczej słów kilka. — Ustawa stowarzyszenia lekarzy polskich. — Nr 37. Gabszewicz: Przypadek niezrośniętego złamania wewnątrzstawowego szyjki kości udowej: wyleczenie po usunięciu główki. Dzierzgowski (c. d.).

— *Medycyna* Nr 38. Landau A.: O stosowaniu jednostajnej dyety owsianej w moczówce cukrowej.

— *Tygodnik lekarski* Nr 38. Rencki: Polycythaemia myelopathica. Gońka (dok.).

— *Krytyka lekarska* Nr 9. Kramsztyk: Trudności w badaniu chorób przewlekłych. Peszke: Wycieczki historyczno-krytyczne w obrębie dziejów przymiotu. Bieliński: Gabinety i muzea wydziału lekarskiego królewskiego uniwersytetu warszawskiego.

— *Nowiny lekarskie* Z. 9. Dziembowski: Zwężenie odźwiernika u osesków. Noiszewski: Onanizm w świetle nauki o czuciu gruczołowem, z uwzględnieniem wpływu onanizmu na wzrok.

— *Przegląd chorób skórnych i wenerycznych* Nr 7—8. Bukovsky: Zmiany patologiczne przy chronicznym tryprze cewki. Paschalisówna: Przypadek dziedzicznego przymiotu wątroby.

— *Časopis lekarův českých* Nr 38. Hynek: Tri případy chronického ikteru s tumorem sleziny bez bilirubinurie. Dvořak: Boj proti úmrtnosti kojenců vůbec a dĕti nemanželských a nalezenců zvlášt. Müller (dok.). Pantovič (dok.).

— *Russkij Wracz* Nr 35. Rybaków: Główniejsze nerwopsychiczne składniki alkoholizmu w świetle statystyki. Bukojemski: O leczeniu wiewióra u niewiast błękitem metylenowym. Weber (dok.). Studziński: W sprawie częstości powiększenia śledziony u chorych i zdrowych. Poper: Przyczynek do kazuistyki torbieli limfatycznych biodra.

— *Semaine medicale* Nr 38. de Bovis: Samozakażenie połogowe z bakteryologicznego punktu widzenia.

— *Presse médicale* Nr 73. Alglave: O niedrożności jelit wskutek skrętu jelita cienkiego. Rey: Mieszkania. Konieczność reformy ich higieny. Langlois: Nowsze badania gorączki siennej. — Nr 74. Leduc: Nowe teorye rozczynów i ich stosunek do medycyny. — Nr 75. Jayle: Kraurosis vulvae. Guiart: Użycie tymolu jako środka czerwiogubnego.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 38. Jaworski i Korolewicz: O utajonych krwawieniach w przewodzie pokarmowym. Spitzer: Dalsze przyczynki do etyologicznego leczenia kiły. Blum: O cięgotce. Brezina i Lazar: O wyzyskaniu suchego mleka Just-Hatmakera. Gioseffi: Epidemia duru brzusznego w Pola i okolicy w r. 1905

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 38. Kentzler: Trzy przypadki tężca urazowego, leczone surowicą. Moreschi: O wartości metody odchylania komplementu w dyagnostyce bakteryologicznej. Weyl: Nystagmus toxicus. Aldor: W sprawie patologii i terapii kamicy żółciowej. Ganz: Zewnętrzne leczenie wiewióra arhoviną. Argutinsky (dok.). Wohlberg: Klimat morza północnego i leczenie zimowe nad morzem północnem. — Nr 39. Westenhoeffer: Obecny stan wiadomości naszych o udzielającem się zapaleniu opon. Casper: O zwykłych krwotokach nerkowych. Weinstein: O leczeniu pooperacyjnych przetok jamy brzusznej przez leczenie krowianką według zasady Wrigtha. Rosenberg: Spostrzeżenie kliniczne i doświadczalne co do opadnięcia żołądka. Dunin: O pojęciu neurastenii. Wohlberg (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 38. Joseph: O wczesnem i zapobiegawczem działaniu przekrwienia zastoinowego na zakażone rany. Lindenstein: Doświadczenia co do przekrwienia zastoinowego. Aschoff: W sprawie tworzenia się cholestearyny w pęcherzyku żółciowym. Fleiner: Wskazania do wyboru wód mineralnych w leczeniu chorób narządu trawienia i wymiany materyi. Polano: Sztuczny poród przedwczesny w praktyce. Dührssen: O cięciu cesarskiem pochwowem. Busse: O łączeniu wstrzykiwań morfinowo-skopolaminowych ze znieczuleniem lędźwiowem przy operacyach ginekologicznych. Benjamin i v. Reuss: Promienie Röntgena a wymiana materyi. Fornet: Odczyn precypitatowy. Meyerstein: O wstępnej hodowli duru. Baldes, Heichelheim i Metzger: Badania wpływu większych wysiłków fizycznych na narząd krążenia, nerki i układ nerwowy. Heineke: Zatorowa martwica mięśni pośladkowych. Muscatello: Uwięźnięcie przepukliny przydatków sieciowych i jego skutki. Siegert: Przypadek przeniesienia odry na wielką odległość przez zdrową osobę trzecią. Rommel: Nowa cieplarka dla dzieci przedwcześnie urodzonych i wątłych. Hocheisen: Porody w znieczuleniu skopolaminowo-morfinowem. Beck: Pomoc w San-Francisco.

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 38. Bruns: O doszczętnej operacyi raka krtani zapomocą rozcięcia krtani. Romberg: Uwagi o neurastenii i jej klimatycznem i kąpielowem leczeniu. Curschmann: O naczynioruchowych stanach kurczowych przy prawdziwej dusznicy bolesnej. Müller: W sprawie badania czynności tętnic. Döderlein: Walka przeciwko rakowi macicy. Sarwey: Czy można zmniejszać guzy jajnikowe celem operacyjnego usunięcia? Baisch: Znieczulenie lędźwiowe w położnictwie i ginekologii. Schleich. O pierwotnych gruźliczych zmianach jagodówki. Schmidt: Przypadek przetoki trzustkowej po operacyi krwotocznego zapalenia trzustki. Schmidt: O obecności rtęci metalicznej w ciele ludzkiem.

Redakcya otrzymała: Bogdanik: O przetokach kałowych po przepuklinach uwięźniętych. 1906. Herman: 1) Nowy model gorsetu wyciągowego. 2) O zapobiegawczem zastosowaniu przekrwienia zastoinowego. 3) W sprawie całkowitego wypiłowania szczęki górnej z powodu nowotworów złośliwych. Odb. z „Tyg. lek." 1906.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

„Vis vitae“ (F ü r s t, *Schmidts Jahrbücher der gesammten Medizin* 1906, Nr 7) jest przetworem odżywczym, doprowadzającym ustrojowi w postaci zgęszczonej, a ulegającej łatwo przyswojeniu, wszystkie składniki, potrzebne do równowagi ustroju, a więc zarówno składniki pochodzenia zwierzęcego, jak i roślinnego. Myśl tę uznać należy za trafną i szczęśliwą, a nazwa „Visvit“ ma określać energiczne działanie lecznicze przetworu.

Jestto żółtawy, delikatny proszek, o słodowym zapachu i wcale miłym smaku, nie wywołujący nawet przy dłuższem używaniu w mleku, kawie, herbacie, kakao lub rosole najmniejszego wstrętu. Łyżeczkę od kawy leku miesza się z małą ilością wody na papkę, do której dolewa się odpowiedniego napoju gorącego, ciągle mieszając. Żaden chory nie odmówił przyjęcia tego leku. Przetwór nie drażni żołądka, ani nerek, ponieważ nie zawiera istot wyciągowych. Skład jego (80·14 prc. białka, 15·26 prc. rozpuszczalnych węglowodanów, 1·85 prc. żelaza i białka hemoglobinowego, 0.24 prc. lecytyny, 1·34 prc. naturalnych soli odżywczych) wskazuje jasno, że zadaniem visvitu nie jest jedynie nagromadzanie tłuszczu, lecz także tworzenie krwi i mięśni, odradzanie tkanki nerwowej i wzmocnienie kośćca. Szczególnie nadaje się przetwór ten w przypadkach osłabienia i wycieńczenia u dzieci. Żelazo w naturalnem połączeniu nie obciąża żołądka, przeciwnie oddaje dobre usługi jako dodatek do mleka krowiego, nie zawierającego żelaza.

Doświadczenia swe streszcza F. następująco: w pierwszym rzędzie jest visvit środkiem odżywczym, oddającym dobre usługi przy podupadnięciu odżywienia, w gorączkowych wyniszczających chorobach, osłabieniu i ozdrowieniu. W drugim rzędzie daje visvit możność energicznego skrzepienia w przypadkach osłabienia po cielesnem i duchowem wyczerpaniu. *Hr.*

Cerolin, E. T o f f, *Medizinische Klinik* 1906, Nr 29). Jest to przetwór, uzyskany z wyskokowego wyciągu drożdży (wyrób firmy „Boehringer und Söhne“ w Mannheim). w postaci pigułek, zawierających po 0·1 działającej substancyi. Ma miły zapach drożdży i może być podawany dzieciom. Dla osesków w postaci kołaczyków z cukrem mlecznym, zawierających po 0·025 ceroliny. Wskazania: *acne, folliculitis, furunculosis*, przewlekłe zaparcie stolca, cierpienia ginekologiczne (w postaci pręcików i gałek z masła kakaowego, zawierających po 0·05 ceroliny). Dawka 3—5 pigułek dziennie dla dorosłych. *Ll.*

Histosan, białkan gwajakolowy, wyrób fabryki Fehrlin, poleca Dr R u d n i k (*Medizinische Blätter* 1906, Nr 34). Przetwór ten nietylko działa podobnie, jak gwajakol, lecz nadto podnosi zasadowość krwi, ulega wessaniu dopiero w jelitach, nie działa żrąco, ani trująco, może być przeto stosowany u dzieci; jestto połączenie wysokomolekularne białka, ulega łatwo przyswojeniu, działa bakteryobójczo, leczniczo i zapobiegawczo. Syrup histosanowy podaje się w ilości 3—4 łyżeczek kawowych dziennie dla dorosłych, dzieciom połowę.

R. streszcza swe doświadczenia następująco: Histosan pobudza apetyt, podnosi odżywienie, ze względu na smak nadaje się do stałego używania, nie działa ubocznie, działa bakteryobójczo i powstrzymuje gnicie, nie ulega zepsuciu. *Zr.*

Arhovinę, fabrykat firmy Dr Horowitz w Berlinie, stosował Dr Ernst R. W. F r a n k w Berlinie (*Berliner klin. Wochenschrift* 1806, Nr 31) w licznych przypadkach wiewióra wewnętrznie, a z osiągniętych wyników bardzo jest zadowolony. Dla przekonania się o działaniu bakteryobójczem moczu osób, leczonych arhoviną, podawał ją F. osobom zdrowym w ilości 6—8 kapsułek po 0·25 dziennie, a uzyskany z odpowiedniemi ostrożnościami mocz badano co do wpływu na rozwój hodowli paciorkowców i dwoinek. Próby te wypadły bardzo pomyślnie i świadczą o działaniu bakteryobójczem wytworów przemiany arhoviny w moczu. Takiego wyniku nie osiągnął Valentino z ol. sandałowym ani Frank z kopaiwą. Zewnętrznie stosował F. arhovinę do wstrzykiwań obok białkanów srebra, z których albarginę uważa za najskuteczniejszy. P i o r k o w s k i osiągał doskonałe wyniki, stosując miejscowo 2—3% roztwór arhoviny w oliwie. Podając arhovinę wewnętrznie podnosi F r a n k działanie jej łagodzące i kojące w stopniu wyższym, aniżeli to jest właściwe środkom balsamicznym, dalej zupełny brak działania drażniącego żołądek i nerki, mimo niekiedy długiego podawania tego środka, w czem znowu przewyższa on środki balsamiczne. W moczu nie spostrzegał nigdy ani śladu białka, nawet w tych przypadkach, gdzie dla doświadczenia podawał przez 3—4 dni po 10—12 kapsułek. Szczególnie dobre usługi oddaje arhovina przy zapaleniu tylnej części cewki i szyjki pęcherza. Ważnem jest również wzmożenie się kwasoty moczu po zażywaniu tego leku. *Hr.*